EDMARLON GIROTTO

ADESÃO AO TRATAMENTO ANTI-HIPERTENSIVO E FATORES ASSOCIADOS NA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DE UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA, LONDRINA, PR

LONDRINA
2008

EDMARLON GIROTTO

ADESÃO AO TRATAMENTO ANTI-HIPERTENSIVO E FATORES ASSOCIADOS NA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DE UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA, LONDRINA, PR

Dissertação apresentada ao programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientadora:
Profª. Dra. Selma Maffei de Andrade

Co-orientador:
Profº. Dr. Marcos Aparecido Sarriá Cabrera

LONDRINA
2008

Catalogação na publicação elaborada pela Divisão de Processos Técnicos da Biblioteca Central da Universidade Estadual de Londrina.

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)

G527a Girotto, Edmarlon.
Adesão ao tratamento anti-hipertensivo e fatores associados na área de abrangência de uma unidade de saúde da família, Londrina, PR / Edmarlon Girotto. – Londrina, 2008.
189f. : il.

Orientador: Selma Maffei de Andrade.
Co-orientador: Marcos Aparecido Sarriá Cabrera.

Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Londri-na, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2008.

Inclui bibliografia.

1. Hipertensão – Teses. 2. Saúde Pública – Teses. 3. Sistema cardiovascular – Doenças – Teses. I. Andrade, Selma Maffei de. II. Cabrera, Marcos Aparecido

EDMARLON GIROTTO

ADESÃO AO TRATAMENTO ANTI-HIPERTENSIVO E FATORES ASSOCIADOS NA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DE UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA, LONDRINA, PR

Dissertação apresentada ao programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientadora:
Profª. Dra. Selma Maffei de Andrade

Co-orientador:
Profº. Dr. Marcos Aparecido Sarriá Cabrera

BANCA EXAMINADORA

____
Profª. Dra. Thais Aidar de Freitas Mathias

____
Profº. Dr. Darli Antonio Soares

____
Profª. Dra. Selma Maffei de Andrade

Londrina, 17 de junho de 2008.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho à minha família, em especial
a meus pais, Cleuza e Elio, e a minha noiva
Patrícia, pelo apoio irrestrito durante
todo este processo.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela força espiritual e pelo dom da vida.

À professora Selma Maffei de Andrade, pela orientação neste trabalho e pelas oportunidades de crescimento profissional geradas.

Ao professor Marcos Cabrera, pela co-orientação e apoio, durante todo o processo de desenvolvimento deste trabalho.

À Patrícia Rodrigues Camargo, minha noiva, que vivenciou, junto comigo, todas as dificuldades por que passei durante a execução deste trabalho, dando-me força, apoio, carinho e amor.

Aos meus pais, Cleuza e Elio, pelo carinho, compreensão, apoio e por estarem sempre preocupados em ajudar.

Aos meus colegas do Mestrado em Saúde Coletiva, que contribuíram para o produção desta obra.

Ao amigo Alberto Duran González, pela amizade e motivação prestada frente às dificuldades.

À toda a equipe da Unidade de Saúde da Família Vila Ricardo, em especial, aos Agentes Comunitários de Saúde e Maria Carla V. Pinho, ex-gerente da Unidade.

Aos professores do Mestrado em Saúde Coletiva, que muito contribuíram durante todo este processo.

Aos funcionários do NESCO: Sandra, Fernando, Gabriel, Elaine, Vânia e Vanessa, pela competência e por toda a atenção dispensada.

Aos estagiários Eliane Ridão, Viviane Dalto, Marcela Barbosa, Francielli Chiaratti, Ana Maria Enrich, Edilson Pereira e Caroline Torres Rother, pela colaboração na coleta de dados.

Aos hipertensos entrevistados, pelo carinho com que nos recebiam durante as entrevistas.

À Universidade Estadual de Londrina, pela oportunidade de cursar o Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva.

A CAPES, pela bolsa de mestrado.

A todas as pessoas que, de alguma forma, contribuíram para o desenvolvimento desta obra, fruto de muito trabalho, perseverança e dedicação.

“Nunca deixem que lhe digam que não vale a
pena insistir nos sonhos que se têm,
ou que seus planos nunca darão
certo ou que você nunca
será alguém...”

Renato Russo

GIROTTO, Edmarlon. **Adesão ao tratamento anti-hipertensivo e fatores associados na área de abrangência de uma Unidade de Saúde da Família, Londrina, PR.** 2008. 189f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Londrina, 2008.

RESUMO

A hipertensão arterial é o principal fator de risco para doenças cardiovasculares. Para o seu controle são necessárias medidas farmacológicas e não-farmacológicas, como alimentação e atividade física. Contudo, a adesão ao tratamento é o grande desafio dos profissionais e serviços de saúde, especialmente na atenção básica. Nesse sentido, este estudo teve por objetivo determinar a adesão ao tratamento anti-hipertensivo e identificar fatores associados a esta condição. A população de estudo foi composta por hipertensos de 20 a 79 anos, cadastrados na Unidade de Saúde da Família Vila Ricardo, no município de Londrina, Paraná. A coleta de dados ocorreu de janeiro a junho de 2007, com amostra sistemática e aleatória de hipertensos. Foram colhidas informações auto-referidas, além das medidas de pressão arterial e das circunferências abdominal e do quadril. Foram entrevistados 385 hipertensos, sendo 62,6% mulheres e 37,4% homens, com idade média de 58,9 anos. Cerca de 50,0% dos entrevistados tinham no máximo 3ª série do ensino fundamental completa, 46,0% pertenciam à classificação econômica D ou E e 57,4% referiram não possuir trabalho remunerado. Entre os entrevistados, 84,2% relataram utilizar medicamentos para controle da hipertensão, 8,3% abandonaram o tratamento e 7,5% alegaram que não houve prescrição de medicamentos. A adesão ao tratamento farmacológico foi encontrada em 59,0% dos hipertensos. O esquecimento (32,2%), a normalização da pressão arterial (21,2%) e os efeitos adversos (13,7%) foram os principais motivos alegados para a não-adesão. Com relação ao tratamento não-farmacológico, 17,7% e 69,1% dos hipertensos referiram ser aderentes à atividade física regular e a mudanças na alimentação, respectivamente. A adesão à atividade física regular associou-se ao sexo masculino, à maior escolaridade, à presença de diabetes, à ausência de colesterol elevado, à relação cintura-quadril e circunferência abdominal normais, ao índice de massa corporal < 25 kg/m^2, ao mínimo de uma consulta ao ano e a uma medida da pressão arterial ao mês. A adesão a modificações na alimentação esteve associada ao sexo feminino, à menor escolaridade, ao acesso a plano de saúde, ao não-tabagismo ou ex-tabagismo, ao não-consumo ou consumo irregular de bebidas alcoólicas, ao não-abandono do tratamento medicamentoso, ao mínimo de uma consulta ao ano e a uma medida da pressão arterial ao mês. Na análise multivariada, os fatores independentemente associados à adesão ao tratamento farmacológico foram: a faixa etária de 50 a 79 anos (Razão de Chances [OR]=4,673), o não-consumo ou consumo irregular de bebidas alcoólicas (OR=4,608), a realização de consultas médicas em intervalos máximos de um ano (OR=1,908) e a ausência de trabalho remunerado (OR=1,792). Os resultados indicam uma baixa adesão ao tratamento anti-hipertensivo, especialmente à atividade física regular, e sugerem a implantação de estratégias que visem estimular a adesão às medidas de controle da hipertensão arterial.

Palavras-chave: Hipertensão. Cooperação do paciente. Fatores de risco. Avaliação da situação em saúde. Recusa ao tratamento.

GIROTTO, Edmarlon. **Adherence to antihypertensive treatment and associated factors in the area of a Family Health Unit, Londrina, PR.** 2008. 189f. Dissertation (Master's degree in Public Health) – State University of Londrina, 2008.

ABSTRACT

The hypertension is the main risk factor for cardiovascular diseases. Pharmacological and non-pharmacological measures, such as eating habits and physical activities, are necessary to its control. However, adherence to the treatment remains a great challenge to health services and professionals, mainly those from primary care services. Therefore, this study was meant to determine the adherence to antihypertensive treatment and to identify factors associated to this condition. The target population comprehended hypertension patients, aged 20 to 79 years old, enrolled in the Family Health Unit in the borough Vila Ricardo, municipality of Londrina, Paraná. The data collection took place during the period of January through June 2007, with systematic and random sampling of hypertension patients. Self-reported information along with measures of blood pressure, abdominal and waist circumferences were obtained. A number of 385 patients with hypertension were interviewed, 62.6% females and 37.4% males, mean age 58.9 years. About 50.0% of the interviewees had concluded at the most their third year of elementary school education, 46.0% belonged to economical class rated D or E, and 57.4% reported not having earning jobs. Among all the interviewed patients, 84.2% took medication for hypertension control, 8.3% had abandoned treatment, and 7.5% stated that they had not received any medication prescription. Compliance with pharmacological treatment was verified in 59.0% of the hypertension patients. Forgetfulness (32.2%), normalization of the blood pressure (21.2%) and adverse effects (13.7%) were the main reasons for medication noncompliance. As for non-pharmacological treatment, 17.7% and 69.1% of the patients informed that they had adhered to regular physical activities and had changed their eating habits, respectively. Adherence to regular physical activities was associated to the male gender, greater number of school education years, presence of diabetes, lack of high level of cholesterol, normal measures of waist circumference and waist-to-hip ratio, body mass index < 25 kg/m^2, and a minimum of one consultation a year and one blood pressure measure a month. Compliance with changes in eating habits was associated with the female gender, lower number of school education years, access to a health care insurance plan, nonsmoking or past smoking, no consumption or irregular consumption of alcohol, abandonment of medication treatment, at least one consultation a year and one blood pressure measure a month. In the multivariate analysis, the factors independently associated with pharmacological treatment were: age range between 50 and 79 years old (Odds Ratio [OR]=4.673), no consumption or irregular consumption of alcohol (OR=4.608), medical consultations at maximum intervals of one year (OR=1.908) and lack of earning jobs (OR=1.792). The results indicate low compliance with antihypertensive treatment, mainly with regular physical activity, and suggest the use of strategies to stimulate adherence to the measures of blood hypertension control.

Keywords: Hypertension. Patient compliance. Risk factors. Diagnosis of health situation. Treatment refusal.

Lista de Figuras

Lista de Tabelas

Lista de Abreviaturas e Siglas

ABEP	Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa
AVC	Acidente Vascular Cerebral
CA	Circunferência Abdominal
CAPS	Centro de Atendimento Psicossocial
CCEB	Critério de Classificação Econômica Brasil
CIDI	Centro Integrado de Doenças Infecciosas
DAC	Doenças do Aparelho Circulatório
DM	Diabetes Mellitus
ECA	Enzima Conversora da Angiotensina
ESF	Estratégia Saúde da Família
HA	Hipertensão Arterial
Hiperdia	Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos
HURNP	Hospital Universitário Regional Norte do Paraná
ICC	Insuficiência Cardíaca Congestiva
IMC	Índice de Massa Corporal
NAPS-CA	Núcleo de Atenção Psicossocial à Criança e ao Adolescente
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OR	Odds ratio
PA	Pressão Arterial
PACS	Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde
PAI	Pronto Atendimento Infantil
PAM	Pronto Atendimento Médico
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PSF	Programa Saúde da Família
RCQ	Relação Cintura-Quadril
Remume	Relação Municipal de Medicamentos Essenciais
Rename	Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
SAMU	Serviço e Atendimento Médico de Urgência
Siab	Sistema de Informação da Atenção Básica
SIATE	Serviço Integrado de Atenção ao Trauma e às Emergências
SID	Sistema de Internação Domiciliar
UEL	Universidade Estadual de Londrina
USF	Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO

A população mundial vem passando por inúmeras transformações ao longo dos últimos séculos, o que provocou, nos países hoje desenvolvidos, alterações no seu perfil demográfico e epidemiológico. Enquanto os coeficientes de mortalidade e natalidade se reduziam, originando a transição demográfica, a mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias cedia espaço às doenças crônico-degenerativas, causando o que chamamos de transição epidemiológica (KALACHE; VERAS; RAMOS, 1987; LUNA, 2002; PRATA, 1992). O processo dessa transição englobou a redução das doenças transmissíveis e elevação das não-transmissíveis e das causas externas, o deslocamento da carga de morbimortalidade dos grupos mais jovens para os mais idosos e a mudança de uma situação em que predominava a mortalidade para outra na qual há uma predominância da morbidade (KALACHE; VERAS; RAMOS, 1987; SCHRAMM et al., 2004). Estas transformações foram resultados de uma revolução agrícola e industrial, com conseqüências econômicas e sociais, como melhorias nas condições de vida dessas populações (PRATA, 1992).

No entanto, este processo não atingiu apenas esses países, mas também os países subdesenvolvidos e em desenvolvimento, inclusive o Brasil. Nestes, as alterações no perfil demográfico e epidemiológico tiveram um desenvolvimento semelhante, porém muito mais acelerado e com causas diferentes, conseqüências principalmente de novas tecnologias incorporadas pelo setor saúde (KALACHE; VERAS; RAMOS, 1987).

Segundo Carmo, Barreto e Silva Júnior (2003), as doenças infecciosas e parasitárias, que representavam, em 1930, 45,7% do total de óbitos ocorridos, participaram, em 1999, com apenas 5,9% dos óbitos no Brasil. Ainda conforme esse estudo, as doenças cardiovasculares seguiram uma tendência inversa: aumentaram sua participação de 11,8% para 31,3% no mesmo período.

Também merece destaque que o Brasil, devido à disparidade em seu território, especialmente nos aspectos sociais, está em diferentes fases desta transição. A região Nordeste, por exemplo, apesar de ter as doenças crônico-degenerativas como a principal causa de morte, convive ainda com altos índices de mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias (PAES; SILVA, 1999; SCHRAMM et al., 2004).

Tais modificações no padrão de doenças fizeram com que os serviços de saúde tivessem que se adequar a essa nova realidade, oferecendo atenção mais especializada a grupos populacionais específicos, como os acometidos pelas doenças crônico-degenerativas. Essas mudanças, aliadas a inovações e interesses de um complexo industrial ligado à saúde, geraram um aumento dos gastos, com a incorporação de novas tecnologias para o seu tratamento (SCHRAMM et al., 2004; VIANA; ELIAS, 2007).

Entre as doenças e agravos não-transmissíveis, destacam-se as doenças cardiovasculares, neoplasias e causas externas, que estão entre as principais causas de óbito na sociedade moderna (PRATA, 1992). As doenças cardiovasculares representam a principal causa de óbito na população, sobressaindo-se a doença coronariana, as doenças cerebrovasculares e a insuficiência cardíaca congestiva (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2007; ZASLAVSKY; GUS, 2002).

Dados atuais mostram que, no Brasil, as doenças do aparelho circulatório foram responsáveis, no ano de 2005, por 28,2% do total dos óbitos. Entre estas, a doença cerebrovascular foi a primeira causa, seguida pela doença isquêmica do coração, com coeficientes de mortalidade de 48,9 e 46,1 por 100.000 habitantes, respectivamente (DATASUS, 2007).

Em Londrina (PR), as principais causas de óbito, em 2005, foram: 30,5% por doenças do aparelho circulatório, 19,6% por neoplasias e 13,5% por causas externas. Dentre as causas do aparelho circulatório, as doenças cerebrovasculares, com 36,2%, e as doenças isquêmicas do coração, com 27,3%, foram as principais. As doenças hipertensivas, isoladamente, corresponderam a 15,0% das causas de mortes do aparelho circulatório (DATASUS, 2008).

Sabe-se que a hipertensão arterial (HA) é o principal fator de risco para doenças cardiovasculares, a qual, associada a diabetes mellitus (DM), tabagismo e dislipidemia, aumenta a incidência de doenças cardíacas, como o infarto agudo do miocárdio e a insuficiência cardíaca congestiva (ICC), além dos acidentes vasculares cerebrais (AVC) e, conseqüentemente, colabora para a diminuição da sobrevida da população (ALVES; WAJNGARTEN; BUSATTO FILHO, 2005). Além do risco para eventos cardiovasculares, a hipertensão mostra-se importante também pela alta prevalência na sociedade brasileira (MARTINS et al., 1997; PASSOS; ASSIS; BARRETO, 2006).

1.1 A Hipertensão Arterial

A hipertensão arterial é a mais comum das doenças cardiovasculares, além de ser o principal fator de risco para outras doenças cardiovasculares (COELHO et al., 2005; JARDIM et al., 2007; SANCHEZ; PIERIN; MION JÚNIOR, 2004).

Segundo a V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, o diagnóstico da HA deve ser realizado após três medidas da pressão arterial, utilizando-se a média das duas últimas medidas para definir o valor da pressão sistólica e diastólica do indivíduo. Se a pressão sistólica apresentar nível igual ou superior a 140 mmHg, ou a diastólica igual ou superior a 90 mmHg, e um destes níveis mantiver-se acima destes valores em reavaliação efetuada em até dois meses, é confirmado o diagnóstico de hipertensão arterial (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2007).

A HA é uma doença silenciosa, inicialmente sem sintomas, e diagnosticada muitas vezes no aparecimento das complicações e, comumente, nas unidades de emergência, tardiamente, causando significativa perda na qualidade de vida e aumento nas taxas de morbidade e mortalidade. Isto causa altos custos à sociedade, pois requer normalmente atendimento terciário, além de atingir uma parcela economicamente ativa da população (CARVALHO; TELAROLLI JÚNIOR; MACHADO, 1998; MUXFELDT et al., 2004; NOBLAT et al., 2004; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2007).

Para o acompanhamento e controle da hipertensão arterial, é importante a sua detecção, iniciada pela aferição da pressão arterial (PA). O rastreamento da PA elevada deve ser realizado por profissionais da saúde como medida preventiva de saúde. Este simples procedimento pode revelar a presença de níveis pressóricos elevados em pacientes assintomáticos, permitindo um tratamento precoce, seja ele farmacológico ou não (WHELTON et al., 2002).

Deste modo, conhecer a distribuição da hipertensão arterial em uma população e identificar os grupos mais vulneráveis possibilitam ações eficazes no seu controle, sendo de grande interesse à saúde pública (LIMA-COSTA; PEIXOTO; FIRMO, 2004).

Conforme Passos, Assis e Barreto (2006), a prevalência de hipertensão arterial variou de 19,2% a 44,4% na população adulta brasileira, segundo levantamento bibliográfico de estudos de prevalência realizados a partir da década

de 1990. Em um desses estudos, transversal e de base populacional, realizado no Estado do Rio Grande do Sul, com indivíduos de 20 anos ou mais, 33,7% dos entrevistados foram considerados hipertensos e, destes, 49,2% desconheciam sua situação (GUS et al., 2004). Outro trabalho, realizado no município de Pelotas (RS), identificou prevalência de hipertensão de 23,6% e 37,2%, respectivamente, considerando os níveis pressóricos ≥160/95 mmHg e ≥140/90 mmHg, para indivíduos com idade de 20 a 69 anos (COSTA et al., 2007).

Deve-se destacar que há muitos fatores que contribuem para a elevação da pressão sangüínea, que incluem fatores genéticos, ambientais e sociais (TAVARES, 2005). São considerados fatores de risco clássicos para a hipertensão arterial a idade avançada, raça negra, obesidade, consumo excessivo de álcool, sedentarismo, dislipidemias, diabetes mellitus e os elementos que compõem a dieta (produtos com alto teor de sódio) (BEILIN; PUDDEY; BURKE, 1999; CHOBANIAN et al., 2003; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2007).

Deste modo, além de estudos sobre a prevalência da HA, muitos buscam identificar seus fatores associados em uma determinada população. Segundo estudo de base populacional realizado com indivíduos de 15 a 74 anos do município de Araraquara (SP), houve uma maior prevalência de hipertensão em indivíduos analfabetos e com menos de quatro anos de escolaridade, com renda familiar baixa, da raça negra e obesos, porém os resultados não mostraram significância estatística (LOLIO et al., 1993). Costa e colaboradores (2007) identificaram, em estudo de base populacional com população de 20 a 69 de Pelotas (RS), associação da hipertensão arterial, em modelo de análise multivariada, com menor renda familiar, cor da pele não-branca, maior idade, história familiar de hipertensão, obesidade identificada pelo índice de massa corporal (IMC) e não adição de sal na alimentação. A utilização de sal como efeito protetor para a hipertensão arterial foi justificada pelos autores pelo fato de o estudo não medir a real quantidade de consumo diário. Contudo, deve-se lembrar que estudos transversais não permitem inferir relação causa-efeito (PEREIRA, 1995), o que pode justificar a associação encontrada.

A identificação dos fatores associados à hipertensão arterial permite a adoção de estratégias a grupos mais susceptíveis. A maioria destes fatores, além da própria hipertensão arterial, pode ser modificada ou atenuada por mudanças nos hábitos de vida e/ou por medicamentos (CARVALHO, 1988; SIMÃO et al., 2002). Neste sentido, visando tornar o controle da hipertensão mais eficaz, torna-se

indispensável, além do seu tratamento (farmacológico ou não), também o controle de seus fatores de risco.

No caso do tratamento medicamentoso da hipertensão arterial, este é eficaz para reduzir a mortalidade e morbidade, especialmente em pessoas idosas (NHS CENTRE FOR REVIEWS AND DISSEMINATION, 1999). Para o estabelecimento do esquema terapêutico, é necessário considerar os níveis tensionais, a presença ou não de lesões nos órgãos-alvo e os fatores de risco cardiovasculares associados. Além disso, por ser uma doença multifatorial, a hipertensão arterial necessita de uma abordagem multiprofissional. O trabalho multiprofissional pode gerar motivação aos pacientes, de modo que a adesão ao tratamento e o controle dos níveis pressóricos se tornam mais eficazes (DELL'ACQUA et al., 1997).

Apesar de grandes avanços no diagnóstico e tratamento da hipertensão arterial nas últimas décadas, ainda existem muitos problemas quanto ao cumprimento dos regimes farmacoterapêuticos e às mudanças no estilo de vida. Assim, a adesão ao tratamento é uma situação que coloca a hipertensão como importante fator de preocupação dos profissionais e serviços de saúde.

1.2 Adesão ao Tratamento

O objetivo de qualquer tratamento para as doenças crônicas é o seu adequado controle, pois desta maneira previnem-se suas complicações, co-morbidades e mortalidade precoce (LESSA, 1998). A convivência com uma doença crônica demanda mais do que a exposição a uma ameaça ou desconforto, pois implica adaptação a uma condição contínua, que não se cura com medicamentos (SILVEIRA; RIBEIRO, 2005). Neste sentido, destaca-se um item de suma importância no tratamento dessas doenças, que é a adesão ao tratamento. A adesão corresponde à concordância entre a prescrição médica e a conduta do paciente (LEITE; VASCONCELLOS, 2003), e compreende valores e crenças, além de aspectos relacionados à doença e ao seu tratamento. Estudos relatam que a adesão é motivo de preocupação não só no controle da hipertensão, mas também no de outras doenças, como a diabetes (PÉRES et al., 2007) e a infecção pelo HIV/aids (FIGUEIREDO et al., 2001).

No caso da hipertensão, seu controle é realizado não apenas pelo tratamento farmacológico, mas também por mudanças nos hábitos de vida, como

mudanças na alimentação e realização regular de atividade física (SARQUIS et al., 1998). No entanto, uma grande parcela dos hipertensos não utiliza os medicamentos de forma correta e usual e não modifica suas rotinas de alimentação e de atividade física para controlar uma doença que, na maioria das vezes, não se manifesta com sintomas.

No que tange ao tratamento farmacológico, embora tenham ocorrido avanços na indústria farmacêutica, com formulações eficazes e baixos índices de efeitos indesejáveis, o controle da hipertensão nem sempre é o adequado. A falta de adesão é freqüente e está associada a inúmeros fatores, tais como: relacionados ao paciente, à doença, a aspectos psicossociais, a crenças, ao tratamento, entre outros (MION JÚNIOR; PIERIN; GUIMARÃES, 2001; PIERIN, 2001; PIERIN; STRELEC; MION JÚNIOR, 2004; SANCHEZ; PIERIN; MION JÚNIOR, 2004). Entre estes fatores, dificultam o seguimento do tratamento da hipertensão: as dificuldades financeiras, efeitos adversos dos medicamentos, dificuldade de acesso ao sistema de saúde, inadequação da relação médico-paciente, bem como a própria característica da patologia, que normalmente se apresenta assintomática nos primeiros 15 a 20 anos, e a sua cronicidade (BUSNELLO et al., 2001). O maior número de medicamentos prescritos e o esquema terapêutico também são fatores que interferem na adesão, mesmo quando o medicamento é fornecido gratuitamente (LEITE; VASCONCELLOS, 2003).

Apesar de o tratamento farmacológico ainda ser o principal artifício utilizado pelos serviços e profissionais de saúde para o controle da hipertensão arterial, a prática de atividade física e mudanças da alimentação são fatores que devem ser considerados no seu manejo. A realização de atividade física regular e uma dieta reduzida de alimentos ricos em sódio e gorduras contribuem decisivamente no controle da hipertensão (FUCHS; GUS; MOREIRA, 2005).

Entretanto, são poucos os estudos, especialmente no Brasil, a respeito da adesão ao tratamento da hipertensão e dos fatores associados à essa adesão. Sarquis e colaboradores (1998), analisando artigos publicados de 1991 a 1995, encontraram apenas um publicado em periódico do Brasil e dois na América Latina sobre o assunto. Em busca realizada nas fontes Lilacs e Medline, foram encontrados, desde 1996, somente oito artigos acerca da adesão ao tratamento anti-hipertensivo em periódicos brasileiros, sendo dois qualitativos (MOREIRA; ARAÚJO,

2002; MOREIRA; ARAÚJO, 2004) e duas revisões bibliográficas (BARBOSA; LIMA, 2006; SARQUIS et al., 1998).

Além disso, na maioria das vezes, estes estudos não são comparáveis, pois utilizam diferentes metodologias e sujeitos de estudo (BARBOSA; LIMA, 2006). Os métodos de medida da aderência do paciente ao tratamento farmacológico são os mais variados. Entre eles, há relatório do próprio paciente, opinião do médico, diário do paciente, contagem de comprimidos, reabastecimento de comprimidos, resposta clínica e monitorização eletrônica da medicação (OIGMAN, 2006). Contudo, nenhum dos métodos é isento de desvantagens, sendo necessária a escolha daquele que mais se adapta à situação a ser estudada.

No Brasil, alguns estudos detectaram elevadas taxas de não-adesão ao tratamento da hipertensão. Lessa e Fonseca (1997), investigando 200 hipertensos atendidos em ambulatório de HA de Salvador, entre 1994 e 1995, detectaram 58,5% dos pacientes sem adesão ao tratamento. Estudo transversal realizado com 945 pacientes hipertensos atendidos em ambulatório de hipertensão arterial de Porto Alegre mostrou uma taxa de abandono do acompanhamento de 56,0%, sendo esta maior entre fumantes, com menor escolaridade, menor tempo de diagnóstico da hipertensão e usuários de bebidas alcoólicas, com resultados estatisticamente significativos (BUSNELLO et al., 2001).

Entrevistando 100 pacientes em pronto-socorro e 100 em ambulatório de um hospital universitário de São Paulo, com idade mínima de 18 anos, verificou-se que 35,0% pacientes do setor de emergência deixaram de tomar os medicamentos para hipertensão, contra 19,0% do setor ambulatorial, justificado, nesse estudo, por uma menor renda dos atendidos no pronto-socorro, o que poderia contribuir para a não realização adequada do tratamento. Quanto aos fatores apontados pelos pacientes para deixarem de tomar medicamentos, foram mais citados: o custo (85,2%), esquecimento (24,1%), efeitos indesejáveis (24,1%), achar que estava curado (22,2%) e estar com pressão baixa (22,2%) (SANCHEZ; PIERIN; MION JÚNIOR, 2004). Nesse mesmo estudo, quanto ao tratamento não-farmacológico, apenas 3,5% e 2,3% referiram que reduziram fumo e ingestão de bebidas alcoólicas, respectivamente. Porém, quanto ao consumo de sal e gordura, 98,8% e 79,6% dos pacientes relataram, respectivamente, redução na ingestão.

Diante do exposto, percebe-se que um dos maiores desafios no combate à hipertensão deve-se à não-adesão à terapêutica anti-hipertensiva, tanto

farmacológica quanto a outras medidas de controle da HA. Os índices de adesão ao tratamento da hipertensão arterial mostram-se abaixo do aceitável, que é de pelo menos 80,0% (LEITE; VASCONCELLOS, 2003), além de os estudos apontarem que os maiores índices de adesão são encontrados em serviços de saúde especializados (BARBOSA; LIMA, 2006).

Deste modo, tornam-se importantes estudos que visem determinar a prevalência da adesão ao tratamento anti-hipertensivo na comunidade, bem como buscar identificar os fatores que estão associados à adesão e não-adesão ao tratamento, com vistas a subsidiar gestores e equipes de saúde no estabelecimento de estratégias para a melhoria da assistência prestada.

1.3 O Programa Saúde da Família e a Hipertensão Arterial

Para um controle adequado da hipertensão, não são suficientes apenas as medidas de orientação, mas é de fundamental importância a implementação de modelos de atenção à saúde que incorporem estratégias diversas, individuais e coletivas, a fim de melhorar a qualidade da atenção e a redução da morbi-mortalidade por doenças cardiovasculares (BRASIL, 2006a; GOES; MARCON, 2002).

Além disso, são necessárias estratégias que auxiliem os indivíduos na mudança de atitudes, exigindo ações de promoção e proteção da saúde (BRASIL, 2006b; XIMENES NETO; MELO, 2005). Diante disso, o Ministério da Saúde tem promovido e recomendado ações multiprofissionais na atenção básica, em conformidade com as atuais políticas de promoção e proteção à saúde (ARAUJO; GUIMARÃES, 2007).

Neste contexto, desde meados dos anos 1990, o Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa Saúde da Família (PSF) entram com o objetivo de fortalecer a atenção básica, respeitando os princípios da universalização, descentralização, integralidade e participação da comunidade (BRASIL, 2003; BRASIL, 2006b).

A adoção da Estratégia Saúde da Família (ESF) como política prioritária de atenção básica compreende condições mais favoráveis de acesso às medidas multissetoriais e integrais para a abordagem da hipertensão. As equipes de saúde da família devem atuar, de forma integrada, na abordagem da avaliação de risco, na

adoção de medidas preventivas primárias e no atendimento aos portadores hipertensão arterial (BRASIL, 2006c).

Uma vez que os pacientes hipertensos têm a atenção básica como principal acesso ao sistema público de saúde, a Estratégia Saúde da Família é um importante mecanismo para o diagnóstico, tratamento e acompanhamento destes pacientes (BRASIL, 2006b). A ESF também é um indispensável recurso para as atividades de promoção da saúde, por meio de palestras e campanhas para a conscientização da população da importância do controle desta patologia (GUS et al., 2004). Contudo, a comunicação como orientadora da proteção e promoção da saúde deve considerar as múltiplas dimensões sociais e culturais que envolvem o paciente (RANGEL-S, 2007), não se retendo a apenas um mecanismo de transmissão de conhecimento ou informação.

As campanhas educativas e os grupos de terceira idade são ótimos meios para as equipes de saúde da família realizarem o diagnóstico dos pacientes assintomáticos, além do desenvolvimento de mecanismos para estimular tais pacientes ao tratamento e controle da hipertensão arterial (BRASIL, 2001).

O vínculo existente entre as equipes e as famílias é um importante caminho para gerar a motivação destes pacientes, de forma a melhorar a adesão ao tratamento orientado (BRASIL, 2006b; PESSUTO; CARVALHO, 1998). Além do mais, tentar mudar os hábitos da família propicia uma melhor aceitação do próprio paciente à realização de atividade física e mudanças na alimentação.

O controle dos fatores de risco para hipertensão arterial e seu acompanhamento são focos de ação das equipes de saúde da família. Segundo o Protocolo Clínico de Saúde do Adulto, do município de Londrina (PR), estimular a realização de atividade física, a redução da obesidade, mudanças na alimentação, como aumento da ingestão de frutas, legumes e hortaliças e a diminuição no consumo de gorduras e de alimentos ricos em sódio, além do controle de patologias que minimizam o desenvolvimento e melhoram o controle da hipertensão arterial, são ações que devem ser desenvolvidas sistematicamente pelas equipes (LONDRINA, 2006a).

Por fim, cabe ressaltar que as equipes saúde da família são o elo entre a família/paciente e os serviços de saúde (LONDRINA, 2006a; SCHIMITH; LIMA, 2004). As estratégias utilizadas por essas equipes refletem diretamente na demanda dos serviços e nas condições de saúde dos usuários dos serviços (PAULA; PALHA;

PROTTI, 2004). O planejamento e a execução de suas atividades são fundamentais para minimizar os gastos dos serviços, especialmente dos de média e alta complexidade e, principalmente, para melhorar a qualidade de vida dos indivíduos assistidos (BRASIL, 2006d).

Trabalhos que identifiquem a freqüência e os motivos da não-adesão ao tratamento anti-hipertensivo podem contribuir para a detecção de dificuldades e/ou problemas relacionados à atenção prestada pelos serviços de saúde. Possibilitam, ainda, a identificação dos grupos mais vulneráveis à não-adesão ao tratamento, contribuindo para a adoção de ações voltadas a estes grupos, como estimulação à prática de hábitos que visem à melhora da qualidade de vida, como redução de peso, dieta hipocalórica, diminuição do consumo de álcool e incremento da atividade física, além do uso correto dos medicamentos prescritos. O presente trabalho se propõe a colaborar para este conhecimento na área de abrangência de uma Unidade de Saúde da Família.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

- Determinar a adesão ao tratamento anti-hipertensivo e identificar fatores associados a esta condição em população hipertensa residente na área de abrangência de uma Unidade de Saúde da Família do município de Londrina, Paraná.

2.2 Objetivos Específicos

- ✓ Caracterizar a população hipertensa quanto à situação sócio-econômica e demográfica, estilo de vida, história de doença cardiovascular na família, doenças pré-existentes, obesidade, utilização dos serviços de saúde e controle da pressão arterial.
- ✓ Caracterizar o uso de medicamentos para o controle da hipertensão na população estudada.
- ✓ Determinar a adesão ao tratamento farmacológico e não-farmacológico para o controle da hipertensão arterial.
- ✓ Verificar fatores associados com a adesão ao tratamento anti-hipertensivo.

3. METODOLOGIA

3.1 Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo transversal exploratório descritivo, individuado e observacional, realizado com hipertensos cadastrados em uma Unidade de Saúde da Família.

3.2 Local de Estudo

O estudo foi desenvolvido no município de Londrina, o qual se localiza na região norte do Paraná. A população estimada, para 2006, é de 495.696 habitantes, com 63,3% na faixa dos 20 a 79 anos (IBGE, 2007). A densidade demográfica do município é de 259,07 hab/Km^2 (LONDRINA, 2007a).

O município está em gestão plena do sistema de saúde e conta com uma rede de 53 unidades de saúde, já denominadas Unidades de Saúde da Família (USF), sendo 40 na zona urbana e 13 na zona rural. Além disso, conta com 32 clínicas odontológicas simplificadas, um laboratório próprio (CENTROLAB), uma maternidade, um pronto-atendimento infantil (PAI), um pronto-atendimento médico (PAM), policlínica, Centro Integrado de Doenças Infecciosas (CIDI), Sistema de Internação Domiciliar (SID), Serviço Integrado de Atenção ao Trauma e às Emergências (SIATE), Serviço e Atendimento Médico de Urgência (SAMU), Centro de Atendimento Psicossocial (CAPS) e Núcleo de Atenção Psicossocial à Criança e ao Adolescente (NAPS-CA) (LONDRINA, 2007a).

Este estudo foi desenvolvido na área de abrangência da Unidade de Saúde da Família Vila Ricardo, situada na região leste da cidade de Londrina, Paraná. A área de abrangência da USF é composta por 17 bairros, favelas ou assentamentos. O horário de atendimento da USF é de segunda à sexta-feira, das 7h00 às 19h00 (LONDRINA, 2007b). A USF conta com duas equipes de saúde da família que, conforme informações da direção da unidade, cobrem 100,0% de sua área de abrangência.

A localização da USF Vila Ricardo e sua área de abrangência estão representadas na *Figura 1*.

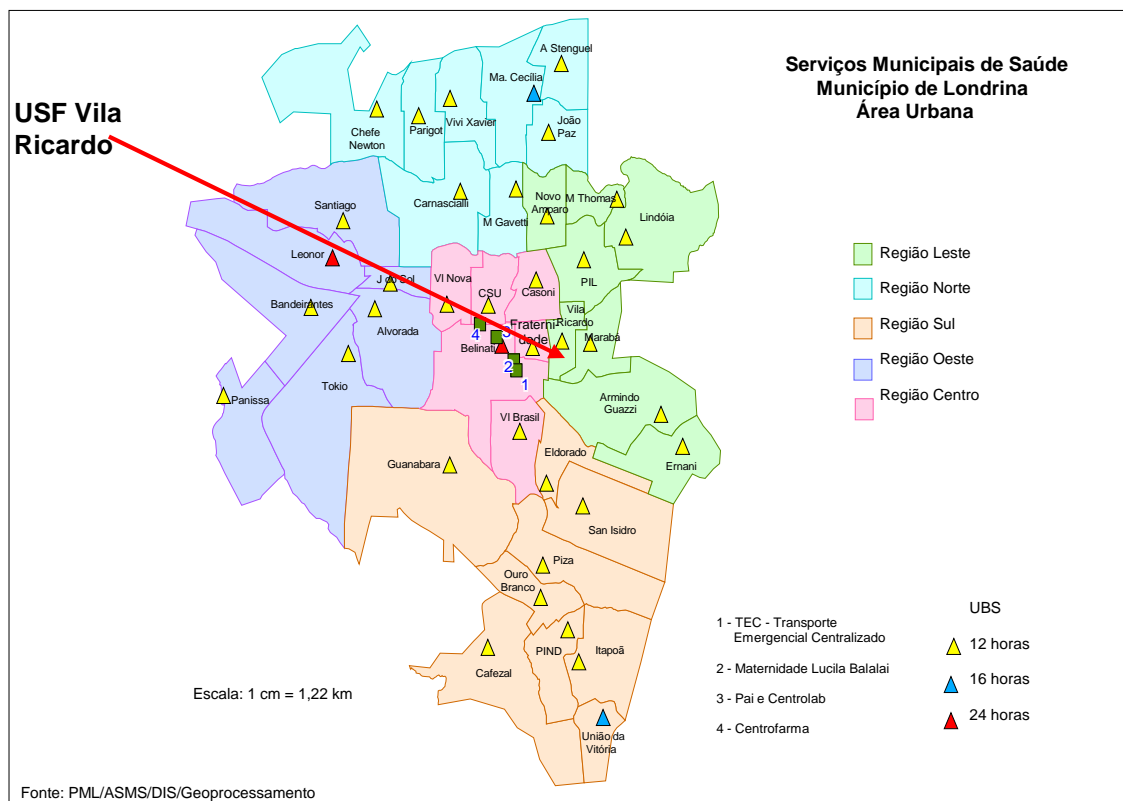



Figura 1: Mapa da zona urbana de Londrina, dividida por regiões e área de abrangência das USF, Londrina, PR, 2007.

Segundo o cadastro do Sistema de Informação da Atenção Básica (Siab), em 2007, 6.242 pessoas moravam na área de abrangência da USF Vila Ricardo e, destas, 63,9% tinham idade igual ou superior a 20 anos. A região compreendida pela USF possuía 97,2% das crianças na escola, 98,8% dos domicílios têm rede de água tratada e 76,5%, sistema de esgoto fechado (LONDRINA, 2007c). Em 2006, 69,0% dos óbitos ocorreram em pessoas com 60 anos ou mais, e os óbitos por doenças do aparelho circulatório (DAC) em menores de 60 anos representaram 26,7% do total de mortes por DAC na região (LONDRINA, 2006b).

3.3 População de Estudo

A população de estudo foi composta por pacientes hipertensos de 20 a 79 anos cadastrados pela Unidade de Saúde da Família (USF) Vila Ricardo. A relação destes hipertensos foi obtida a partir de três fontes de informação da Unidade de Saúde: Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos (Hiperdia), Sistema de Informação da Atenção Básica (Siab) e fichas de

aprazamentos, referentes aos hipertensos cadastrados no mês de agosto de 2006. Tal relação foi sistematizada conforme descrito nos tópicos seguintes.

A faixa etária selecionada foi definida por representar a grande maioria dos hipertensos cadastrados na USF (89,9%), conforme apresentado a seguir. Foram, ainda, considerados como critérios de inclusão: ter diagnóstico de hipertensão arterial há, no mínimo, seis meses; ser morador da área de abrangência da USF; ter capacidade cognitiva que possibilitasse a entrevista (ou cuidador que pudesse fornecer as informações necessárias) e que não tivesse falecido até o momento da entrevista.

O programa Hiperdia é um sistema de informação do Ministério da Saúde, que registra os pacientes diabéticos e hipertensos com o intuito de criar um banco de dados para fins epidemiológicos e de planejamento, contribuindo para o controle dessas doenças (XIMENES NETO; MELO, 2005).

O Siab fornece informações das famílias cadastradas pelas equipes de Saúde da Família, com registro de atividades, marcadores de desempenho e acompanhamento de grupos prioritários (CONILL, 2002). Entre estes grupos prioritários estão os hipertensos (auto-referidos), sendo o Siab uma rica fonte de informações destes pacientes, e geralmente atualizada.

Já o aprazamento ou ficha de aprazamento, instrumento utilizado pelas USF do município de Londrina, permite o controle dos comparecimentos dos hipertensos à Unidade de Saúde, e proporciona o controle dos faltosos aos retornos agendados (JARDIM; SOUSA; MONEGO, 1996), garantindo a busca ativa dos pacientes que não retornaram para busca de medicamentos ou consultas, sendo outra possível fonte de informações sobre os hipertensos da área de abrangência de uma USF.

3.3.1 Identificação da população hipertensa cadastrada na USF

<u>ETAPA 1 – Cruzamento das fontes de informação</u>

A partir das listas de hipertensos do programa Hiperdia, Siab e dos aprazamentos, elaborou-se uma nova relação, esta contendo os hipertensos presentes nas três listas, em duas delas ou em apenas uma, gerando assim uma relação mais completa, que totalizou 1083 hipertensos. A distribuição dos hipertensos identificados nas fontes de informação é mostrada na Figura 2.

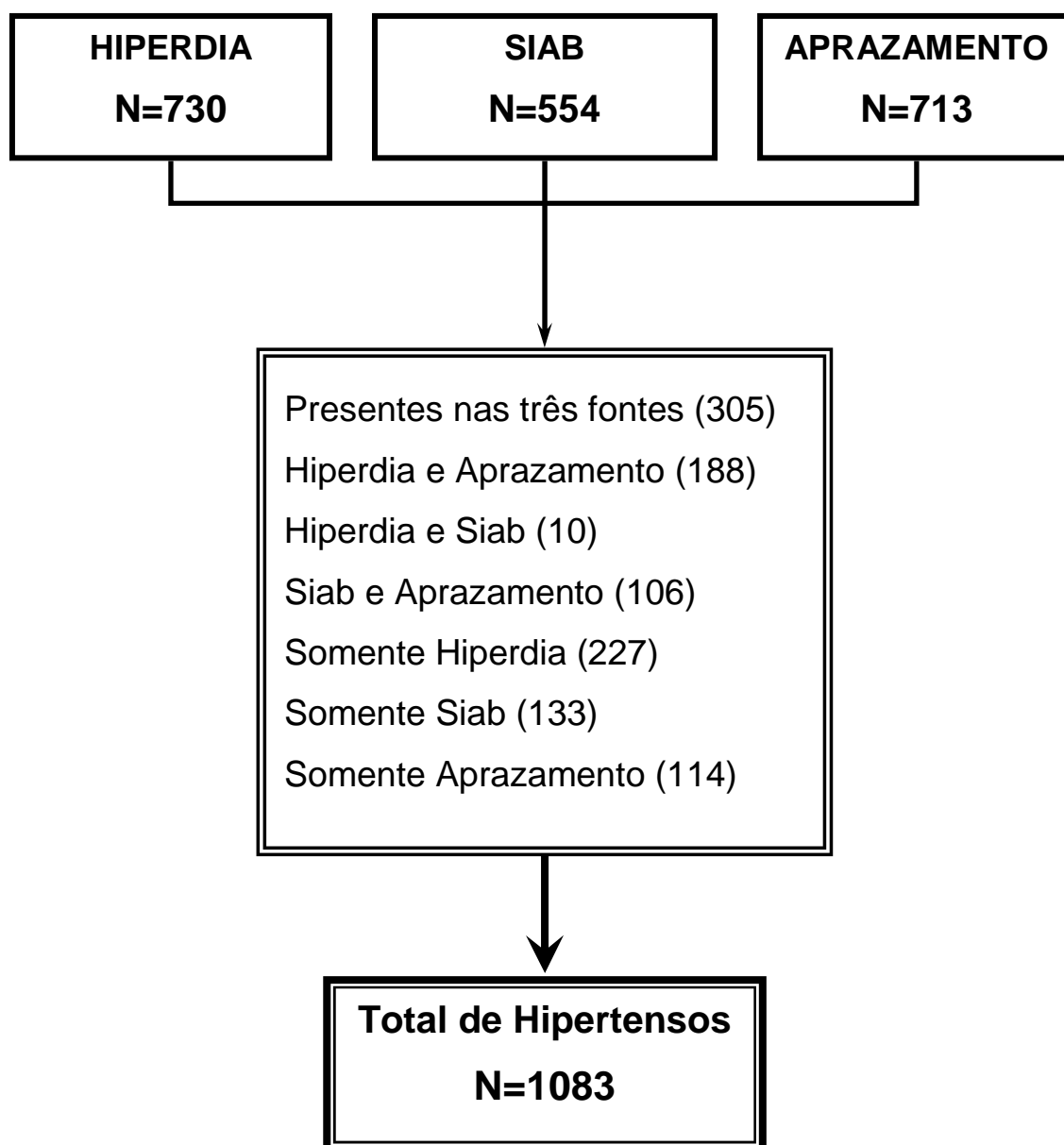



Figura 2: Distribuição dos hipertensos, segundo fonte de informação, na área da Unidade de Saúde da Família Vila Ricardo, Londrina, PR, 2007.

ETAPA 2 – Verificação da situação atual dos hipertensos cadastrados

Diante da possibilidade de a relação de hipertensos estar desatualizada, devido ao processo contínuo de saída de pacientes da lista, por mudança de endereço ou óbito, associado ao fato de o programa Hiperdia não permitir, na época da definição da amostra, a exclusão do cadastro de pacientes pelos motivos anteriormente citados, revisou-se a situação daqueles pacientes que não estavam

presentes simultaneamente nas três fontes de informação (Hiperdia, Siab e aprazamentos).

Outros motivos que justificaram tal verificação foi a inauguração de uma nova USF na região, que passou a abranger parte da área de abrangência que pertencia à USF Vila Ricardo, e a possibilidade de pacientes estarem erroneamente presentes na lista como hipertensos, mas não apresentarem esta condição.

Esta verificação observou as seguintes etapas: a) verificação no sistema informatizado da Autarquia Municipal de Saúde, para identificar se o paciente ainda residia na área de abrangência da USF Vila Ricardo; b) análise do prontuário médico, buscando determinar se o paciente realmente era hipertenso; c) coleta de informações nos registros dos agentes comunitários de saúde, identificando pacientes que tinham mudado de área, morrido ou que não eram hipertensos; d) visitas domiciliares, para os casos em que os três passos anteriores não foram esclarecedores.

Dentre os 1.083 hipertensos identificados inicialmente, 310 foram excluídos após a verificação da situação daqueles não presentes nas três fontes de informação, chegando-se a um total de 773 hipertensos. A partir desta nova relação de hipertensos, excluíram-se os com menos de 20 anos e maiores de 79 anos, de modo que os hipertensos aptos a constituírem a população de estudo foi de 695 (89,9% da população de hipertensos) (Figura 3).

3.3.2 Processo amostral

Para o cálculo da amostra foram utilizados os seguintes parâmetros: erro de 3,5%, nível de confiança de 95,0%, e uma estimativa de prevalência de 50,0%, que é a que determina o maior tamanho de amostra. A partir destes parâmetros, o número calculado de hipertensos para compor a amostra foi de 368 e, considerando uma possibilidade de perda e exclusão de 20,0%, foram selecionados 442.

A lista com os 695 hipertensos de 20 a 79 anos identificados foi, então, ordenada no programa Excel para Windows® por sexo e faixa etária, e selecionada a

amostra (442) de modo sistemático. A amostra foi selecionada utilizando-se constante de sistematização de 1,57*, e início casual igual a 0,23*.

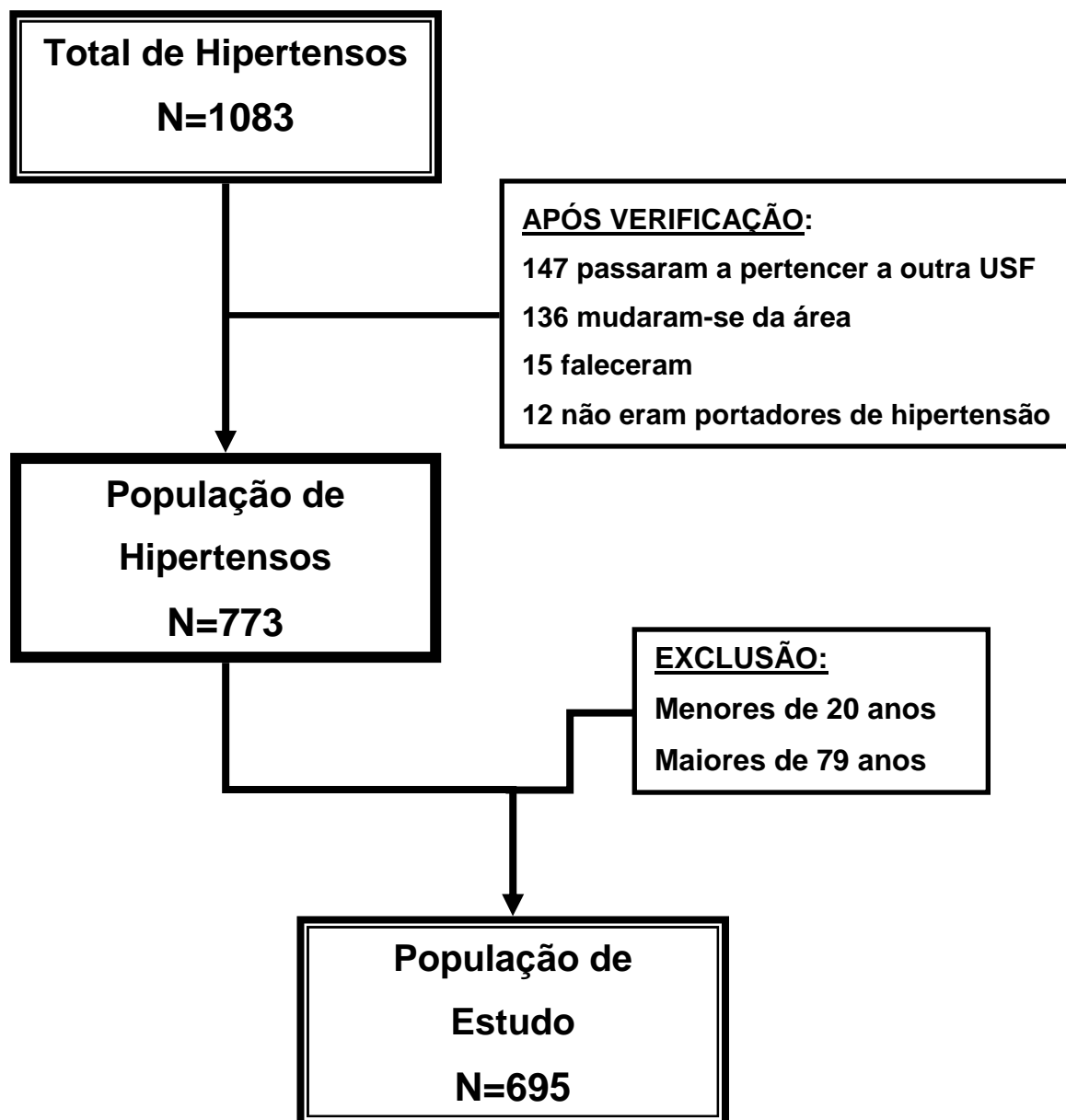



Figura 3: Processo de determinação da população de estudo, Unidade de Saúde da Família Vila Ricardo, Londrina, PR, 2007.

---

* No texto estes valores foram arredondados, o que não ocorreu durante o processo de seleção da amostra.

3.4 Etapas Prévias à Coleta de Dados

3.4.1 Instrumento de coleta de dados

O instrumento ou formulário de coleta de dados foi construído para conter questões sobre dados sócio-econômicos e demográficos, estilo de vida e condição de saúde e de aspectos relacionados à hipertensão e seu tratamento. Continha, ainda, campos para a coleta das medidas de pressão arterial, da circunferência abdominal e do quadril. Após estudo piloto, conforme descrito a seguir, o formulário foi alterado, sendo considerado definitivo o modelo constante no Apêndice A.

Este instrumento teve suas perguntas agrupadas por características a serem coletadas, sendo dividido nos seguintes tópicos:

1. Identificação
2. Hipertensão
3. Estilo de vida
4. Situação de saúde auto-referida
5. Acesso aos serviços de saúde
6. Dados sócio-econômicos e demográficos
7. Classificação Econômica
8. Outros (informações antropométricas, entre outras)

3.4.2 Treinamento

Todos os entrevistadores (estudantes de Medicina e de Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina) participaram de um treinamento que visou à apresentação do projeto e esclarecimento de dúvidas a respeito dos objetivos e da metodologia a ser aplicada. Em seguida, o formulário de coleta de dados foi discutido. Foram apresentadas todas as questões do instrumento e discutido o modo mais adequado para a realização das perguntas. Por fim, efetuou-se um treinamento com as técnicas de verificação da pressão arterial e das medidas da circunferência abdominal e do quadril. Todo este processo durou cerca de 20 horas.

Com o intuito de facilitar a compreensão e execução de todo o processo de coleta de dados, além do treinamento, foi elaborado e fornecido a cada entrevistador um manual que continha todos os procedimentos referentes à coleta (Apêndice B),

desde a abordagem do paciente até o preenchimento correto do formulário de coleta de dados. Este manual mostrava detalhadamente as explicações para cada questão do instrumento de coleta e continha anexos com as técnicas de verificação da pressão arterial e das medidas da circunferência abdominal e do quadril.

3.4.3 Calibração dos esfigmomanômetros

Todos os esfigmomanômetros utilizados na coleta de dados passaram por um processo de checagem e calibração das suas funções, através da comparação com medidas feitas em aparelho com coluna de mercúrio. O manômetro de coluna de mercúrio é considerado o padrão-ouro para o registro da pressão arterial (PALOTA et al., 2004). Este procedimento foi feito por profissionais capacitados e que realizam tal processo nos equipamentos do Hospital Universitário Regional Norte do Paraná (HURNP).

3.4.4 Estudo piloto

Anteriormente ao processo de coleta de dados, foi realizado um estudo piloto com 16 pacientes, fazendo uso dos mesmos critérios utilizados no enquadramento da população, realizado em uma região próxima à estudada e com características sócio-econômicas e demográficas semelhantes. O piloto foi realizado em duas fases, com oito entrevistas em cada fase, e possibilitou a modificação de algumas questões do formulário de coleta de dados (Apêndice A), adaptando-o melhor ao perfil e realidade dos entrevistados.

3.5 Coleta de Dados

A coleta de dados foi realizada por meio da aplicação do formulário de pesquisa (Apêndice A) por entrevistadores devidamente treinados, além do pesquisador principal. O processo de coleta baseou-se na formação de quatro duplas de entrevistadores, as quais receberam uma planilha com nome do paciente, número identificador, endereço, data de nascimento, telefone e horário preferencial para contato, quando possível, informados pelos agentes comunitários de saúde. As entrevistas foram realizadas nos domicílios dos hipertensos e tiveram duração

aproximada de 40 minutos. Os entrevistadores, durante o trabalho de campo, além do material necessário para a coleta de dados, fizeram uso de jaleco, crachá de identificação e carta de apresentação (Apêndice C) emitida pelo Programa do Mestrado em Saúde Coletiva/UEL.

Os dados foram obtidos por meio de informações auto-referidas pelo próprio hipertenso e/ou cuidador, com exceção da pressão arterial (duas medidas) e das medidas da circunferência abdominal e do quadril.

A medida da pressão arterial ateve-se às recomendações da V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2007), e aconteceu em dois momentos distintos. Nesse sentido, considerando que as entrevistas duraram cerca de 40 minutos, caso o paciente referisse ter praticado exercícios físicos, ingerido café ou bebida alcoólica ou ter fumado na última meia hora anterior à entrevista, optou-se pela verificação da PA (as duas medidas) ao final da entrevista, sempre respeitando o mínimo de um minuto entre as duas verificações. Caso contrário, a primeira medida foi feita no início (após as apresentações iniciais) e a segunda após as questões sobre o estilo de vida.

Para as medidas da circunferência abdominal e do quadril utilizou-se uma fita antropométrica não extensível, com largura inferior a 1,0 cm e unidade mínima de 0,1 cm. Para a aferição, o indivíduo manteve-se de pé, em posição ereta, com o mínimo de roupa possível. A medida da circunferência abdominal foi realizada numa linha média imaginária entre a crista ilíaca e a última costela, no nível da cicatriz umbilical, ao final do movimento expiratório. A circunferência do quadril foi medida na maior extensão das nádegas. Tanto na medida da circunferência abdominal, como na de quadril, a fita foi posicionada na posição horizontal, sem pressionar os tecidos moles (GUEDES; GUEDES, 2003). Em pacientes que não puderam se manter de pé, esta medida não foi realizada.

O período de coleta de dados estendeu-se de janeiro a junho de 2007, sendo realizadas até cinco visitas, em dias e horários alternados, com o intuito de evitar perdas.

Foi considerada perda quando o entrevistado estava ausente nas cinco visitas, havia mudado para outra residência na mesma área de abrangência da USF que não foi localizada, quando não foi localizado o endereço ou quando houve recusa em participar da entrevista.

Os entrevistadores se reuniam periodicamente para discussão de possíveis problemas na coleta de dados. Os formulários entregues eram conferidos para a detecção de campos não preenchidos, rasurados ou com dúvida de preenchimento. Nos casos de campos não preenchidos, os entrevistadores retornaram à residência para completá-los. Posteriormente estes formulários eram codificados para serem digitados no banco de dados criado.

Realizou-se também reentrevista com 10,0% da amostra, entrevistada pelos entrevistadores (estudantes) que não o pesquisador principal. Esta reentrevista foi realizada por um entrevistador devidamente treinado (estudante de enfermagem da Universidade Estadual de Londrina), com o objetivo de verificar a qualidade, a concordância de preenchimento do formulário e, principalmente, se as entrevistas haviam sido realmente realizadas.

No total, foram realizadas 22 reentrevistas, proporcionais ao número de entrevistas realizadas por cada entrevistador. A análise das reentrevistas mostrou-se concordante com as entrevistas, indicando a confiabilidade da coleta de dados pelos estudantes.

3.6 Variáveis de Estudo

3.6.1 Variáveis sócio-econômicas e demográficas

- *Sexo*
    - Masculino
    - Feminino

- *Idade*
    - 20 a 29 anos
    - 30 a 39 anos
    - 40 a 49 anos
    - 50 a 59 anos
    - 60 a 69 anos
    - 70 a 79 anos

Quando associada com outras variáveis, a faixa etária foi agrupada em 20 a 49 anos e 50 a 79 anos.

- *Escolaridade*
  - Até 3ª série
  - 4ª a 7ª série
  - 8ª série a médio incompleto
  - Médio completo ou mais

Destaca-se que a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDBEN) considera 1ª a 8ª séries como ensino fundamental (BRASIL, 1996). Na análise bi e multivariada esta variável foi separada em "até 3ª série" e "4ª série ou mais".

- *Situação conjugal*
  - *Solteiro*
  - *Casado*, incluídos os que referiram *união consensual.*
  - *Viúvo/divorciado/separado*

Para a análise com outras variáveis optou-se por trabalhar com hipertensos que vivem sozinhos (solteiro, viúvo, divorciado e separado) e não vivem sozinhos (casado e união consensual).

- *Raça/cor*

As categorias de raça/cor foram listadas ao paciente, e o mesmo definiu em qual categoria se enquadrava. Estas foram agrupadas em:

- Branca
- Preta/Negra ou Parda/Morena
- Outra

Para a associação com outras variáveis agrupou-se a raça/cor em brancos e não brancos (duas últimas categorias).

- *Trabalho remunerado*
  - Sim; incluídos os que referiram trabalhar informalmente.
  - Não

- *Classe econômica (Classe de consumo)*

Utilizou-se a classificação proposta pela Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP) por meio do Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB), o qual se baseia na capacidade de consumo das famílias e no grau de escolaridade de seus chefes. Por meio da soma de pontos atribuídos à posse de bens da família e ao grau de instrução de seu chefe, tem-se as classificações A, B, C, D e E (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA, 2008), em ordem decrescente de poder aquisitivo. Estas classificações foram agrupadas e, para este estudo, categorizadas da seguinte forma:

- Classe A e B
- Classe C
- Classe D e E

Optou-se pelo agrupamento das classes A/B e D/E devido às suas baixas freqüências quando comparadas à classe C. Na análise com outras variáveis agruparam-se A, B e C em um grupo, e D e E em outro.

3.6.2 Variáveis relacionadas ao estilo de vida

- *Tabagismo*
  - Fumante atual
  - Ex-fumante
  - Nunca fumou

Aqueles que referiram fumar ou que haviam deixado de fumar há 12 meses ou menos foram considerados fumantes atuais, e os que haviam parado há mais de 12 meses como ex-fumantes. Quando associada com outras variáveis, classificou-se fumante atual em um grupo, e nunca fumou ou ex-tabagista em outro.

- *Ingestão de bebidas alcoólicas*
    - Sim, regularmente
    - Sim, irregularmente
    - Não

Para esta variável, considerou-se como consumo regular de bebidas sua utilização por três dias ou mais na semana, independente da quantidade ou tipo de bebida. A ingestão em freqüência inferior a três vezes na semana foi considerada como ingestão irregular. Quando associada com outras variáveis, definiram-se as categorias: a) sim, regularmente e b) não e irregularmente.

- *Realização de atividade física*
    - Sim, regularmente
    - Sim, irregularmente
    - Não realiza

Considerou-se atividade física regular a realização de exercícios dinâmicos (caminhada, corrida, ciclismo, dança, natação) com uma freqüência mínima de três vezes na semana, com duração mínima de 30 minutos cada sessão, conforme recomendações da V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2007). Além disso, definiu-se como irregular a realização numa freqüência menor que três vezes na semana ou com duração inferior a 30 minutos.

Na análise com outras variáveis, esta foi considerada como realização de atividade física regular (sim ou não).

- *Consumo de alimentos*
    - Consumo regular de embutidos
        - **Sim**
        - **Não**

Os alimentos embutidos considerados foram: presunto, mortadela, salsicha, lingüiça, salame, entre outros alimentos embutidos.

- Consumo regular de enlatados e conservas
    - **Sim**
    - **Não**

- Utilização regular de temperos industrializados
    - **Sim**
    - **Não**

Como temperos industrializados pode-se citar caldos e estratos concentrados, amaciantes de carne, entre outros temperos prontos, considerados produtos com alto teor de sódio.

Nestas variáveis relacionadas ao consumo de alimentos, considerou-se como regular a utilização ou consumo destes produtos três vezes ou mais na semana.

3.6.3 Variáveis relacionadas à situação de saúde e histórico familiar

A obtenção das informações da situação de saúde e histórico familiar foi feita por meio de perguntas diretas ao entrevistado, questionando a presença de algumas doenças ou condições de risco cardiovascular. Nestas variáveis, considerou-se como "sim" (presença da doença ou condição) quando o paciente afirmava sua presença, e como "não" quando as respostas eram negativas ou o entrevistado não sabia sua condição.

- *Diabetes*
    - Sim
    - Não

- *Colesterol elevado*
    - Sim
    - Não

- *Infarto prévio*
    - Sim
    - Não

- *AVC prévio*
    - Sim
    - Não

- *História familiar de AVC ou infarto*
    - Sim
    - Não

- *História familiar de hipertensão arterial ou diabetes*
    - Sim
    - Não

Para os casos que relataram história familiar de AVC ou infarto, apenas foram considerados como “sim” quando o familiar tivesse sido acometido por estas patologias antes dos 55 anos para os homens e 65 para as mulheres (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2007).

Tanto para a história familiar de AVC/infarto quanto para hipertensão/diabetes foram considerados somente os casos ocorridos em pai, mãe ou irmão(s).

- *Índice de massa corporal (IMC)*

O IMC foi calculado a partir de informações auto-referidas de peso e altura, dividindo-se o peso (kg) pela altura (m) ao quadrado (kg/m^2). A categorização obedeceu à classificação da Organização Mundial de Saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2000a), conforme a seguir:

- Baixo peso (IMC $< 18,5 kg/m^2$)
- Peso normal (IMC $\geq 18,5$ e $< 25 kg/m^2$)
- Sobrepeso (IMC ≥ 25 e $< 30 kg/m^2$)
- Obesidade (IMC $\geq 30 kg/m^2$)

Para a análise com outras variáveis, esta variável foi dicotomizada em sobrepeso/obesidade e baixo peso/peso normal.

- *Circunferência abdominal (CA)*

Para a CA, foi utilizado como ponto de corte os valores recomendados pela Organização Pan-Americana de Saúde (PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION, 2004), sendo categorizada conforme descrito a seguir:

- Aumentada (CA ≥ 102 cm para homens e CA ≥ 88 cm para mulheres)
- Normal (CA < 102 cm para homens e CA < 88 cm para mulheres)

- *Relação cintura-quadril (RCQ)*

A RCQ foi calculada a partir da circunferência abdominal dividida pela circunferência do quadril. Utilizou-se como pontos de corte também os valores recomendados pela Organização Pan-Americana de Saúde (PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION, 2004), conforme abaixo:

- Aumentada (CA ≥ 1,0 para homens e CA ≥ 0,85 para mulheres)
- Normal (CA < 1,0 para homens e CA < 0,85 para mulheres)

3.6.4 Variáveis relacionadas à utilização dos serviços de saúde

- *Ter acesso a plano de saúde*
    - Sim
    - Não

- *Utilização da Unidade de Saúde da Família*

Considerou-se a utilização da USF de estudo ou outra USF, se fosse a preferência do entrevistado.

- Sim
- Não

- *Avaliação do atendimento da USF*
    - Ótimo/bom
    - Regular
    - Ruim/Péssimo

Na análise com outras variáveis agrupou-se regular com ruim/péssimo em um único grupo.

- *Recebimento de visitas das equipes da USF*
    - Sim
    - Não

3.6.5 Controle da pressão arterial

- *Níveis da pressão arterial*

Para categorização desta variável foi utilizada a média das duas verificações. A classificação dos níveis pressóricos foi baseada na meta da V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2007). Segundo a diretriz, aos pacientes submetidos a tratamento anti-hipertensivo, estes níveis pressóricos devem permanecer abaixo de 140 mmHg para sistólica e abaixo de 90 mmHg para diastólica. Diante disso, optou-se por categorizar estes níveis do seguinte modo:

- Atingiu a meta
- Não atingiu a meta

Aqueles pacientes com níveis pressóricos inferiores aos níveis da meta recomendada pelas diretrizes brasileiras foram incluídos na categoria *atingiu a meta*, os demais em *não atingiu a meta*.

- *Freqüência de verificação da pressão arterial*
    - Semanalmente
    - 1 a 3 vezes/mês
    - Intervalo superior a um mês
    - Nunca

Quando esta variável foi associada com outras, categorizou-se em “mínimo de uma medida ao mês” e “nunca ou menos de uma ao mês”.

- *Freqüência/intervalo de consultas médicas*
    - Mensalmente
    - Mais de um mês a seis meses
    - Mais de 6 meses a 12 meses
    - Nunca ou superior a 12 meses

Quando esta variável foi associada com outras, categorizou-se em “mínimo de uma consulta ao ano” e “nunca ou menos de uma ao ano”.

3.6.6 Uso de medicamentos

Os hipertensos entrevistados foram caracterizados quanto ao uso de medicamentos. No que diz respeito à utilização ou não de medicamentos anti-hipertensivos, foram categorizados conforme a seguir:

- *Utilização de medicamentos para tratamento da hipertensão*
    - Sim
    - Não

Aqueles hipertensos que referiram não utilizar medicamentos anti-hipertensivos foram classificados em:

- Não prescrito
- Abandonou o tratamento

Para os pacientes que referiram utilizar medicamentos, buscou-se identificar se os tomavam de forma regular. Entende-se aqui por regular a utilização dos medicamentos conforme prescrição médica, respeitando a posologia indicada. Neste sentido, aqueles pacientes que, pelos mais diversos motivos, deixassem de tomar alguma dose dos medicamentos prescritos, foram enquadrados em uso não regular. Deste modo, criou-se a seguinte variável:

- *Utilização regular dos medicamentos prescritos*
    - Sim
    - Não

- *Tomada dos medicamentos no mesmo horário*
    - Sim
    - Às vezes
    - Não

Aqui, quando o paciente referisse tomar os medicamentos sempre no mesmo horário ou na maioria das vezes foi considerado “sim”; já quando referisse não tomar no mesmo horário ou na minoria das vezes, “não”.

- *Recebimento de orientação para o uso dos medicamentos*
    - Sim
    - Não

- *Local de aquisição dos medicamentos anti-hipertensivos*
    - Apenas USF
    - USF/farmácia privada
    - Farmácia privada
    - Outro

- *Efeito adverso com medicamentos anti-hipertensivos*

Foram considerados efeitos adversos presentes ou anteriores. Mesmo se o efeito adverso não se referisse ao medicamento utilizado, manteve-se a opinião do paciente.

- Sim, atualmente
- Sim, anteriormente
- Sim, atual e anteriormente
- Nunca; aqui incluídos também os pacientes que não se lembravam de algum efeito adverso anterior.

- *Número de medicamentos anti-hipertensivos usados*
    - Um
    - Dois
    - Três ou mais

- *Número de medicamentos não anti-hipertensivos usados*
    - Nenhum
    - Um
    - Dois
    - Três ou mais

Nas variáveis relacionadas ao número de medicamentos utilizados, cada substância química foi considerada um medicamento, e não cada forma farmacêutica utilizada pelo hipertenso. Por exemplo, caso o hipertenso utilizasse, seguindo a prescrição médica, *Vasopril Plus®*, neste estudo consideraram-se duas substâncias químicas, o *maleato de enalapril* e a *hidroclorotiazida*, componentes no *Vasopril Plus®*.

- *Medicamentos anti-hipertensivos utilizados*

A partir da análise de todos os medicamentos anti-hipertensivos utilizados pelos hipertensos, listou-se a proporção de hipertensos que utilizam cada uma das seguintes substâncias químicas:

- Hidroclorotiazida
- Maleato de enalapril
- Captopril
- Propranolol
- Furosemida
- Nifedipina
- Atenolol
- Metildopa
- Losartan
- Espironolactona
- Amlodipina
- Metoprolol
- Cloridrato de clonidina
- Clortalidona
- Outros

Além desta classificação, os medicamentos foram agrupados por subgrupos do aparelho cardiovascular, segundo classificação ATC (Anatomical Therapeutic Chemical Classification) (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2000b), conforme a seguir:

- Agentes que atuam sobre o sistema renina-angiotensina
- Diuréticos
- Agentes betabloqueadores
- Bloqueadores dos canais de cálcio
- Terapêutica cardíaca
- Anti-hipertensores
- Vasodilatadores periféricos
- Vasoprotetores
- Hipolipemiantes

3.6.7 Adesão ao tratamento farmacológico

Considerando a adesão ao tratamento como a concordância entre a prescrição e a conduta do paciente (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2007), criou-se a seguinte variável:

- *Adesão ao tratamento farmacológico*
    - Totalmente aderente
    - Parcialmente aderente
    - Não-aderente

Os hipertensos que abandonaram o tratamento foram enquadrados como "não-aderentes"; aqueles que tomavam os medicamentos, mas de forma irregular, como "parcialmente aderentes"; e os que referiram tomar os medicamentos corretamente, como "totalmente aderentes".

Na análise bi e multivariada agruparam-se as categorias, conforme a seguir:

- Adesão (totalmente aderente)
- Não-adesão (não-aderente e parcialmente aderente)

- *Motivos da não-adesão*
    - Não apresentava sintomas
    - Tomava quando se sentia mal
    - Efeitos adversos
    - Não queria tomar pelo resto da vida
    - Indisponibilidade de medicamentos na USF
    - Esquecimento
    - Achava que a PA estava controlada
    - Tomava bebidas alcoólicas
    - Quando medicamento acabava
    - Outros motivos

Os motivos não foram listados aos hipertensos. Após a exposição do motivo da não-adesão, pelo hipertenso, o entrevistador selecionou a opção mais apropriada no formulário de coleta de dados. Além disso, esta variável admitia múltiplas respostas.

3.6.8 Adesão ao tratamento não-farmacológico

- *Realização de atividade física regular*
    - Sim
    - Não

A realização de atividade física regular foi baseada nas recomendações da V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2007), conforme descrito na variável *realização de atividade física.*

- *Mudanças de hábitos alimentares*
    - Sim
    - Não

Os hipertensos que referiam qualquer mudança nos hábitos alimentares para ajudar no controle da hipertensão arterial foram incluídos no *sim*; caso contrário, como *não*. Nesta variável, não foi considerado se as mudanças ocorridas eram suficientes para contribuir com o controle da pressão arterial.

- *Tipos de mudanças de hábitos alimentares*
  - Restrição de produtos de risco
    - **Sal**
    - **Doces**
    - **Carnes vermelhas**
    - **Frituras**
    - **Gorduras**
    - **Outros**
  - Consumo de alimentos protetores
    - **Hortaliças**
    - **Frutas**
    - **Legumes**
    - **Peixes**

Perguntou-se ao paciente por qualquer mudança na alimentação em função da presença da hipertensão, sem listar qualquer opção. Nestas variáveis foram admitidas múltiplas respostas.

3.6.9 Modalidades de adesão

- *Modalidades de Adesão*

Os hipertensos foram classificados de acordo com a adesão às modalidades de adesão identificadas (farmacológica, atividade física e alimentação), de modo que os hipertensos foram classificados conforme a adesão às três modalidades, duas delas ou apenas uma. Estas categorias estão descritas a seguir:

- Três modalidades de adesão
- Tratamento medicamentoso e atividade física
- Tratamento medicamentoso e alimentação
- Atividade física e alimentação
- Tratamento medicamentoso
- Atividade física
- Alimentação

Na modalidade *adesão ao tratamento medicamentoso* consideraram-se apenas aqueles hipertensos que foram classificados como *totalmente aderentes*.

3.7 Processamento e Análise dos Dados

As informações obtidas por meio do formulário de coleta de dados foram duplamente digitadas em banco de dados criado no programa Epi Data, versão 3.1 para Windows®. Os dois arquivos criados foram comparados pelo mesmo programa e os dados discrepantes foram corrigidos, o que ocorreu em 0,9% dos campos, para em seguida obter-se o banco de dados final para análise.

Primeiramente, foram verificadas as freqüências e as medidas de tendência central e de variabilidade das variáveis de estudo. Posteriormente, as associações entre as variáveis foram analisadas utilizando o teste Qui-quadrado ou o teste exato de Fisher. Foram considerados significativos os testes que apresentaram valor de $p<0,05$, ou seja, nível de significância de 5,0%. O processamento e análise dos dados foram realizados utilizando-se o programa Epi Info, versão 3.3.2 para Windows®.

Foram consideradas variáveis dependentes neste estudo: adesão ao tratamento farmacológico e não-farmacológico (realização de atividade física regular e mudanças de hábitos alimentares para o controle da hipertensão arterial).

As variáveis independentes foram: sexo, faixa etária, escolaridade, situação conjugal, raça/cor, trabalho remunerado, classe econômica, tabagismo, ingestão de bebidas alcoólicas, diabetes, colesterol elevado, infarto prévio, AVC prévio, história familiar de AVC ou infarto, história familiar de hipertensão arterial ou diabetes, IMC, CA, RCQ, ter acesso a plano de saúde, avaliação do atendimento da USF, recebimento de visitas das equipes da USF, níveis da pressão arterial, freqüência de verificação da pressão arterial, freqüência de consultas médicas, realização de atividade física regular, mudanças de hábitos alimentares e abandono do tratamento farmacológico.

A análise multivariada foi construída a partir das variáveis que mostraram associação com a adesão ao tratamento farmacológico, no sentido de controlar as que pudessem confundir estas associações. Optou-se pela realização desta análise apenas com a adesão ao tratamento medicamentoso, pois a utilização de medicamentos foi o foco principal deste estudo.

No modelo de regressão logística (análise multivariada) foram incluídas as variáveis que apresentaram valor de p<0,20 na análise bivariada. Utilizou-se a técnica de seleção de variáveis “stepwise” e mantiveram-se no modelo as variáveis que apresentaram valor p<0,05. A regressão logística foi realizada no programa SAS (Statistical Analysis System) versão 8.2 (SAS Institute Inc., Carry, NC, USA).

A partir da verificação das freqüências e associações (análise bi e multivariada) foram construídas figuras e tabelas para melhor ilustração dos resultados.

3.8 Aspectos Éticos

O presente estudo obedeceu a todas as disposições contidas na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, sobre diretrizes e normas de pesquisa envolvendo seres humanos.

Tanto a Autarquia Municipal de Saúde de Londrina quanto a Direção da Unidade de Saúde da Família Vila Ricardo autorizaram a realização da pesquisa, conforme pode ser verificado nos anexos A e B. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Londrina (UEL), com emissão do parecer 286/06 (Anexo C).

Os entrevistados foram devidamente orientados quanto aos objetivos da pesquisa e aos seus direitos. Após concordância, responderam a questões conforme Formulário para Coleta de Dados (Apêndice A). Foi também obtida assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice D), garantindo o anonimato na divulgação dos resultados.

Aqueles pacientes que se mostraram não-aderentes à terapia anti-hipertensiva ou apresentaram outros fatores de risco para doenças cardiovasculares foram orientados quanto à importância do tratamento farmacológico, bem como das possíveis complicações da hipertensão arterial e sobre a importância da redução de seus fatores de risco. Além disso, foi distribuído a todos os pacientes entrevistados um folheto informativo com orientações a respeito da hipertensão arterial, especialmente aspectos preventivos, conforme apêndice E.

Além desses procedimentos, os resultados obtidos foram apresentados à equipe da USF, como forma de estimular sua atuação nos problemas detectados.

4. RESULTADOS

4.1 Caracterização Sócio-Econômica e Demográfica

Entre os 442 hipertensos selecionados, 52 (11,8%) foram excluídos do estudo após entrevista ou obtenção de informação com familiares ou vizinhos: 33 (7,5%) por mudança de endereço para fora da área de abrangência da Unidade, seis (1,4%) por óbito, um (0,2%) pela idade fora da faixa etária definida, 11 (2,5%) por não possuírem histórico algum de hipertensão arterial, mesmo após revisão dos prontuários, e um (0,2%) pela presença na lista de hipertensos estar relacionada à hipertensão na gravidez (pré-eclâmpsia). Foram, então, elegíveis para o estudo, 390 pacientes.

Destes, foram entrevistados 385 (98,7%), sendo que três foram auxiliados por cuidadores. Entre os hipertensos estudados, 241 (62,6%) eram mulheres e 144 (37,4%) homens. Foram observadas cinco (1,3%) perdas: uma por recusa, um caso por não ter sido localizado em sua residência após cinco visitas e três por endereços que não foram localizados.

A idade média dos entrevistados foi de 58,9 anos (desvio-padrão = 12,0 anos), semelhante em ambos os sexos (59,0 e 58,8 anos para homens e mulheres, respectivamente). Entre todos os hipertensos analisados, 79,0% apresentavam idade igual ou superior a 50 anos. A distribuição das diversas faixas etárias pode ser verificada na figura 4, na qual verificamos que a maior proporção de homens estava na faixa etária de 60 a 69 anos e, de mulheres, entre 50 e 59 anos. Quanto a aspectos sanitários, 80,5% possuíam residência de alvenaria, 80,0% de seus domicílios dispunham de sistema de esgoto fechado e 99,5% de coleta pública do lixo. Todos os entrevistados referiram acesso à água tratada.

A disposição dos entrevistados segundo escolaridade mostrou que próximo da metade tinha no máximo 3ª série do ensino fundamental (Figura 5), com 36,6% de hipertensos que relataram nunca terem freqüentado a escola. Comparando-se os sexos, 54,4% das mulheres tinham até a 3ª série e 41,7% dos homens se mostraram com esta característica.

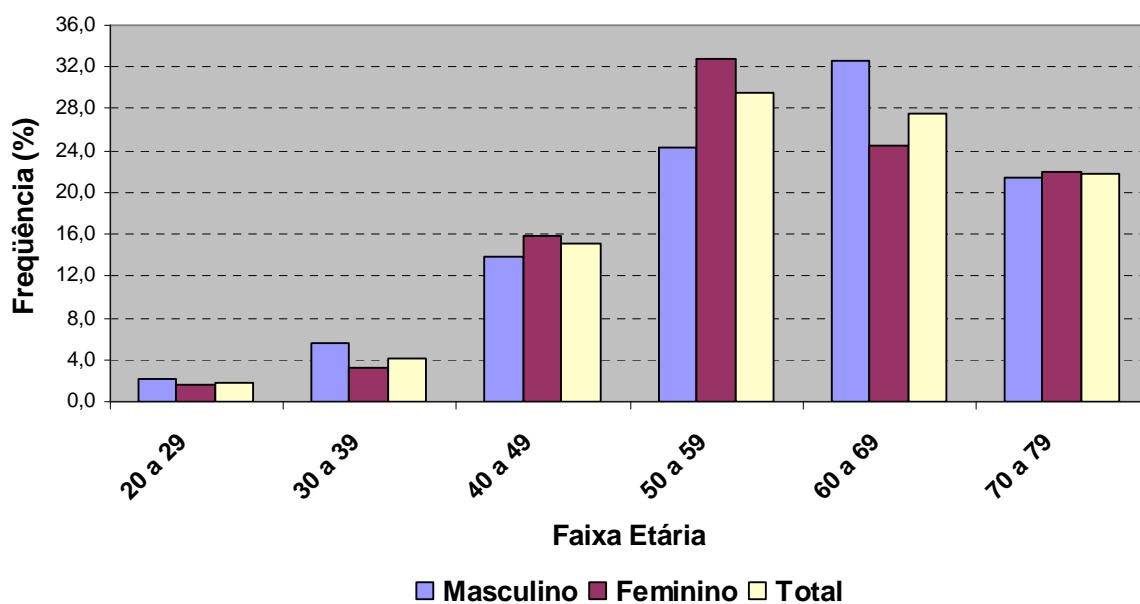



Figura 4: Distribuição dos hipertensos segundo faixa etária e sexo em área de Unidade de Saúde da Família, Londrina, PR, 2007.

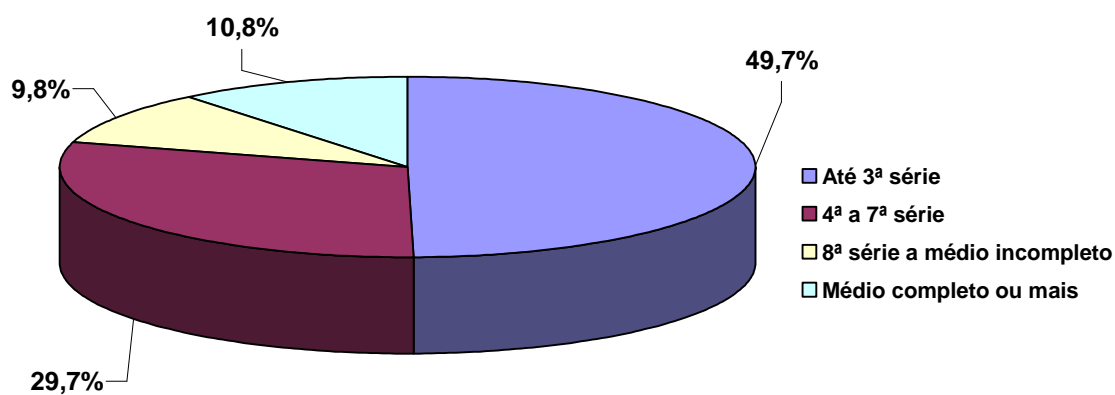



Figura 5: Distribuição dos hipertensos segundo escolaridade em área de Unidade de Saúde da Família, Londrina, PR, 2007.

As demais características sócio-econômicas e demográficas são mostradas na tabela 1. Verifica-se que 63,1% dos entrevistados são casados, 47,8% se declararam da raça branca e 89,6% foram classificados como pertencentes às classes econômicas C, D ou E. Nesta mesma tabela, nota-se que a proporção de homens casados (79,0%) é superior à de mulheres (53,5%), bem como que há uma maior proporção de mulheres na classificação econômica D e E (53,1%), contra 34,0% dos homens. Os homens referiram ter trabalho remunerado em maior proporção (55,6%) que as mulheres (34,9%).

Tabela 1: Características sócio-econômicas e demográficas dos hipertensos, por sexo, em área de Unidade de Saúde da Família, Londrina, 2007.

Variáveis	**Sexo**				**Total (n=385)**	
	Masculino (n=144)		**Feminino (n=241)**			
	n	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
Situação conjugal						
Solteiro	11	7,6	15	6,2	26	6,8
Casado	114	79,2	129	53,5	243	63,1
Viúvo/divorciado/separado	19	13,2	97	40,3	116	30,1
Raça/cor						
Branca	77	53,5	107	44,4	184	47,8
Parda/Negra	64	44,4	129	53,5	193	50,1
Outra	3	2,1	5	2,1	8	2,1
Trabalho remunerado						
Sim	80	55,6	84	34,9	164	42,6
Não	64	44,4	157	65,1	221	57,4
Classe Econômica (ABEP)						
A/B	21	14,6	19	7,9	40	10,4
C	74	51,4	94	39,0	168	43,6
D/E	49	34,0	128	53,1	177	46,0

4.2 Estilo de Vida

Entre os entrevistados, 63,5% das mulheres referiram nunca ter fumado; já entre os homens, esta situação foi referida por 44,5% (Tabela 2).

O consumo regular de bebidas alcoólicas foi relatado por apenas 5,5% dos entrevistados, em maior proporção pelos homens (13,2%), e apenas 0,8% pelas mulheres. A inatividade física ou realização de atividade física irregularmente foi relatada por 82,3% dos hipertensos. A maioria das mulheres (75,1%) referiu não realizar qualquer tipo de atividade física (Tabela 2).

Tabela 2: Distribuição dos hipertensos segundo estilo de vida por sexo, em área de Unidade de Saúde da Família, Londrina, PR, 2007.

Variáveis	**Sexo**				**Total (n=385)**	
	Masculino (n=144)		**Feminino (n=241)**			
	n	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
Tabagismo						
Fumante atual	28	19,4	37	15,3	65	16,9
Ex-fumante	52	36,1	51	21,2	103	26,7
Nunca fumou	64	44,5	153	63,5	217	56,4
Ingestão de bebidas alcoólicas						
Sim, regularmente	19	13,2	2	0,8	21	5,5
Sim, irregularmente	48	33,3	46	19,1	94	24,4
Não	77	53,5	193	80,1	270	70,1
Realização de atividade física						
Sim, regularmente	33	22,9	35	14,5	68	17,7
Sim, irregularmente	21	14,6	25	10,4	46	11,9
Não realiza	90	62,5	181	75,1	271	70,4

O consumo regular de alimentos ricos em sódio e gorduras foi pouco alegado pelos entrevistados. Houve uma maior freqüência de relatos de utilização regular de temperos industrializados (24,0%), superior à de consumo de alimentos embutidos (1,9%) e enlatados/conservas (7,8%). Contudo, mais de 70,0% dos entrevistados referiram consumir estes mesmos alimentos de forma irregular, e

apenas 23,6% e 19,0% não utilizam enlatados/conservas e embutidos, respectivamente.

4.3 Situação de Saúde e História Familiar

4.3.1 Situação de saúde auto-referida

A tabela 3 revela prevalências de diabetes e colesterol elevado auto-referidos em 22,9% e 28,6% dos hipertensos, respectivamente. Apenas 6,8% dos pacientes referiam já ter tido infarto e 10,6%, acidente vascular cerebral (AVC).

Tabela 3: Distribuição dos hipertensos segundo situação de saúde auto-referida por sexo, em área de Unidade de Saúde da Família, Londrina, PR, 2007.

Variáveis	Sexo				Total (n=385)	
	Masculino (n=144)		Feminino (n=241)			
	n	%	n	%	n	%
Diabetes						
Sim	34	23,6	54	22,4	88	22,9
Não	110	76,4	187	77,6	297	77,1
Colesterol elevado						
Sim	34	23,6	76	31,5	110	28,6
Não	110	76,4	165	68,5	275	71,4
Infarto prévio						
Sim	9	6,3	17	7,1	26	6,8
Não	135	93,7	224	92,9	359	93,2
AVC prévio						
Sim	20	13,9	21	8,7	41	10,6
Não	124	86,1	220	91,3	344	89,4

4.3.2 Índice de massa corporal e obesidade abdominal

O índice de massa corporal (IMC) apresentou uma média de 28,7 kg/m^2, desvio-padrão de 5,3 kg/m^2, mínimo de 17,2 kg/m^2 e máximo de 51,9 kg/m^2. O cálculo do IMC só foi possível em 342 (88,8%) pacientes que referiram peso e altura. Neste caso, as perdas estiveram presentes em 3,5% e 15,8% do sexo masculino e feminino, respectivamente.

A distribuição do IMC mostrou uma alta prevalência de sobrepeso (40,6%) e obesidade (34,8%), sendo a obesidade mais prevalente no sexo feminino (42,9%), contra 23,0% no masculino. O sobrepeso foi identificado em 46,0% dos homens, em proporção maior que nas mulheres (36,9%). A categoria de IMC que identifica peso normal foi encontrada em 19,2% das mulheres e 28,8% dos homens. A prevalência de baixo peso foi identificada em apenas 1,5% dos hipertensos entrevistados.

As medidas da circunferência abdominal e do quadril foram obtidas em 378 (98,2%) dos 385 hipertensos participantes do estudo. A circunferência abdominal (CA) teve uma média de 99,1 cm, desvio-padrão de 12,3 cm. Observou-se uma maior prevalência de CA aumentada no sexo feminino (82,8%) se comparado ao masculino (36,0%) (Figura 6).

A média da relação cintura-quadril (RCQ) para os homens foi de 0,96, com desvio-padrão de 0,07, e de 0,94 para as mulheres, com desvio de 0,08. A figura 6 mostra a proporção da RCQ aumentada segundo sexo, a qual revela uma maior prevalência da RCQ aumentada entre as mulheres (87,9%), se comparadas aos homens (30,2%).

4.3.3 História familiar de doenças cardiovasculares

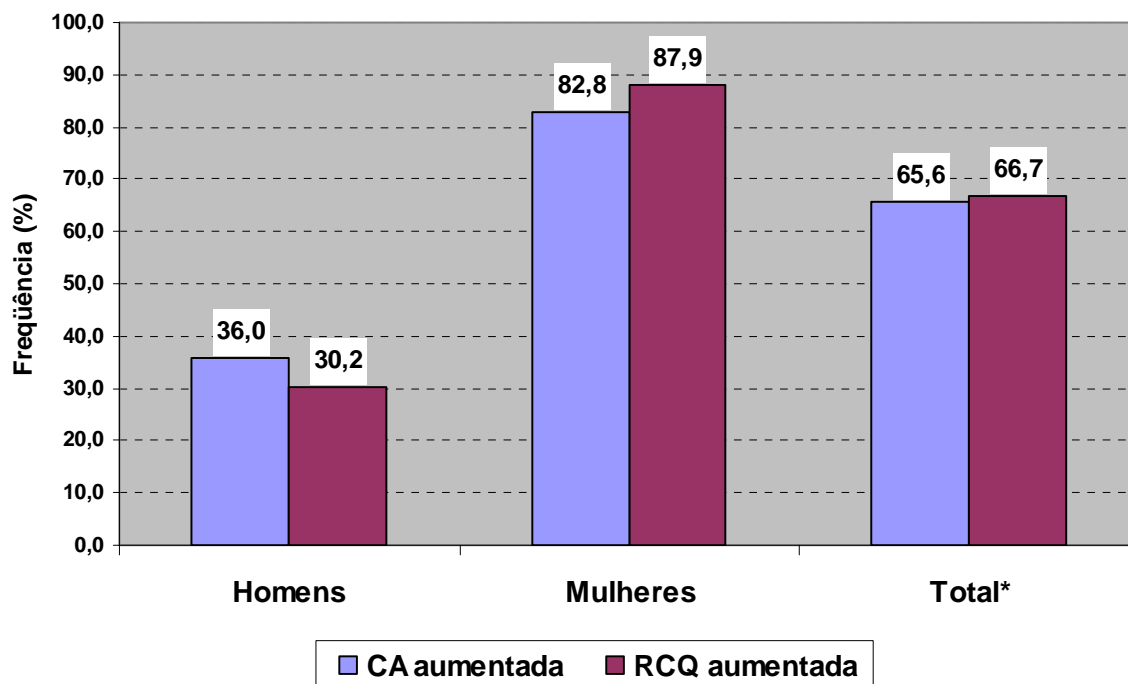
Quase um terço dos entrevistados (30,9%) alegou história familiar de AVC e/ou infarto. A história familiar de hipertensão e diabetes foi referida por 73,8% dos entrevistados, sendo 68,1% no sexo masculino e 77,2% no feminino.

* Refere-se aos 378 pacientes, os quais tiverem a circunferência da cintura e quadril medida.

Figura 6: Prevalência da relação cintura quadril (RCQ) e circunferência abdominal (CA) aumentadas por sexo, em área de Unidade de Saúde da Família, Londrina, PR, 2007.

4.4 Utilização dos Serviços de Saúde

Do total de entrevistados, 23,1% relataram acesso a plano de saúde, e a maioria (94,3%), utilizar a Unidade de Saúde. Entre estes, 70,8% referiram que o atendimento na Unidade era ótimo ou bom. Quanto a receberem visitas domiciliares, apenas 41,0% dos pacientes as citaram (Tabela 4).

Tabela 4: Distribuição dos hipertensos segundo utilização dos serviços de saúde por sexo, em área de Unidade de Saúde da Família, Londrina, PR, 2007.

Variáveis	Sexo				Total (n=385)	
	Masculino (n=144)		Feminino (n=241)			
	n	%	n	%	n	%
Ter acesso a plano de saúde						
Sim	34	23,6	55	22,8	89	23,1
Não	110	76,4	186	77,2	296	76,9
Utilização da USF						
Sim	136	94,4	227	94,2	363	94,3
Não	8	5,6	14	5,8	22	5,7
Avaliação do atendimento da USF*						
Ótimo/bom	106	77,9	151	66,5	257	70,8
Regular	25	18,4	54	23,8	79	21,8
Ruim/Péssimo	5	3,7	22	9,7	27	7,4
Recebimento de visitas das equipes USF						
Sim	62	43,1	96	39,8	158	41,0
Não	82	56,9	145	60,2	227	59,0

* Entre os entrevistados que relataram utilizar a USF (363).

4.5 Controle da Pressão Arterial

Entre todos os pacientes entrevistados, a média das duas medidas de pressão arterial diastólica foi de 85,4 mmHg, desvio padrão de 13,2 mmHg, valor mínimo de 60,0 mmHg e máximo de 140,0 mmHg. A média da pressão arterial sistólica foi de 135,4 mmHg, desvio padrão de 20,6 mmHg, valor mínimo de 90,0 mmHg e máximo de 220,0 mmHg. As médias da diastólica foram de 86,0 mmHg e 85,1 mmHg para os sexos masculino e feminino, respectivamente, e as da sistólica de 135,1 mmHg e 135,6 mmHg. Quanto a atingir a meta recomendada pelas diretrizes brasileiras, a proporção total e entre os sexos pode ser verificada na figura 7.

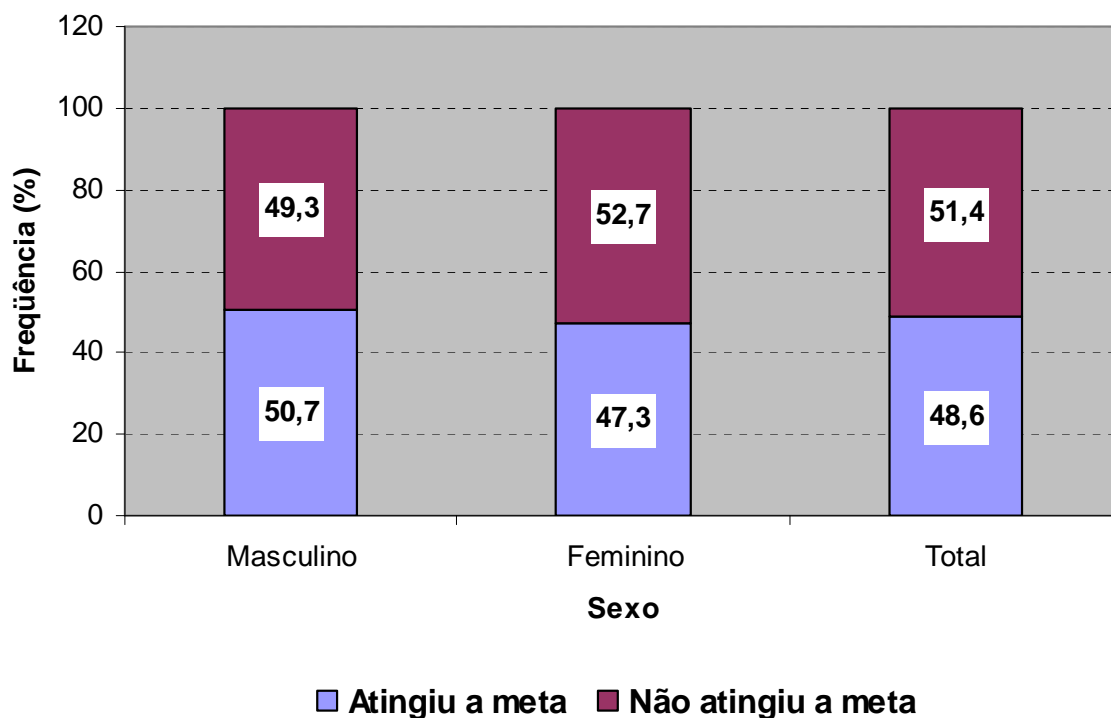



Figura 7: Distribuição dos hipertensos segundo controle dos níveis pressóricos por sexo, em área de Unidade de Saúde da Família, Londrina, PR, 2007.

Na tabela 5 pode-se verificar a freqüência de aferição da pressão arterial. Nota-se que 77,4% dos hipertensos relataram ter sua pressão aferida pelo menos uma vez ao mês. A verificação da pressão arterial semanalmente (18,7%) foi mais relatada pelas mulheres (21,6%) que pelos homens (13,9%). Já com relação ao comparecimento a consultas médicas para controle dos níveis pressóricos, verifica-se que quase a metade dos pacientes (43,4%) referiu que não se consulta ou que se consulta num período superior a um ano (Tabela 5).

Tabela 5: Distribuição dos hipertensos segundo verificação da PA e freqüência à consulta médica por sexo, em área de Unidade de Saúde da Família, Londrina, PR, 2007.

Variáveis	Sexo				Total (n=385)	
	Masculino (n=144)		Feminino (n=241)			
	n	%	n	%	n	%
Freqüência de verificação da PA						
Semanalmente	20	13,9	52	21,6	72	18,7
1 a 3 vezes/mês	89	61,8	137	56,8	226	58,7
Intervalo superior a um mês	18	12,5	21	8,7	39	10,1
Nunca	17	11,8	31	12,9	48	12,5
Freqüência/intervalo de consultas médicas						
Mensalmente	11	7,6	20	8,3	31	8,0
Mais de um mês a seis meses	40	27,8	80	33,2	120	31,2
Mais de seis a doze meses	23	16,0	44	18,3	67	17,4
Nunca ou superior a 12 meses	70	48,6	97	40,2	167	43,4

4.6 Uso de Medicamentos

Quanto à utilização de medicamentos, 84,2% (324) dos hipertensos referiram utilizar algum medicamento anti-hipertensivo para o controle da hipertensão arterial. Com relação aos 15,8% (61) dos que relataram que não os utilizavam, em 29 (47,5%) não houve prescrição pelo profissional médico e os demais (52,5%) preferiam não tomar os medicamentos prescritos.

A distribuição dos hipertensos quanto à utilização ou não de medicamentos para controle da hipertensão arterial pode ser verificada na figura 8. No total, 32 (8,3%) dos entrevistados referiram ter abandonado o tratamento. Quando comparamos os sexos, percebemos uma maior proporção de homens que abandonaram o tratamento em relação às mulheres (13,2% e 5,4%, respectivamente).

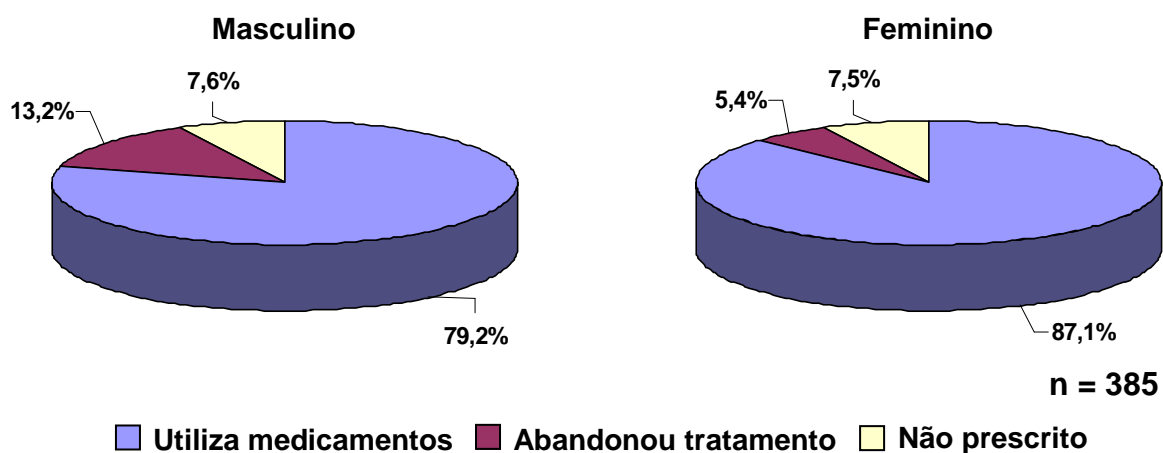



Figura 8: Distribuição dos hipertensos segundo utilização ou não de medicamentos anti-hipertensivos por sexo, em área de Unidade de Saúde da Família, Londrina, PR, 2007.

A tabela 6 caracteriza os hipertensos quanto à utilização dos medicamentos. Pode-se notar que 71,6% dos 324 pacientes que tomam medicamentos anti-hipertensivos alegaram utilizá-los sempre no mesmo horário, e a maioria deles (93,2%) referiu ter sido orientada sobre sua utilização.

Entre os hipertensos que utilizam medicamentos para o controle da hipertensão arterial, 79,7% referiram obter todos eles apenas na unidade de saúde, e 64,8% os utilizam de forma regular, isto é, tomavam os medicamentos conforme prescrição médica (Tabela 6). Também se verifica nesta tabela que a maior parte dos pacientes referiu nunca ter apresentado reação adversa com a utilização destes medicamentos (71,3%).

Ainda entre os 324 hipertensos que referiram tomar medicamentos anti-hipertensivos, a média de utilização destes foi de 1,94, variando de 1 a 5 medicamentos. Com relação à utilização de medicamentos não anti-hipertensivos, a média entre estes mesmos hipertensos foi de 1,31 medicamentos, com o mínimo de 0 (zero) e máximo de 13 medicamentos.

Tabela 6: Distribuição dos hipertensos segundo características da utilização dos medicamentos anti-hipertensivos por sexo, em área de Unidade de Saúde da Família, Londrina, PR, 2007.

Variáveis	Sexo				Total (n=324)	
	Masculino (n=114)		Feminino (n=210)			
	n	%	n	%	n	%
Utilização regular dos medicamentos prescritos						
Sim	70	61,4	140	66,7	210	64,8
Não	44	38,6	70	33,3	114	35,2
Tomada dos medicamentos no mesmo horário						
Sim	86	75,4	146	69,5	232	71,6
Às vezes	23	20,2	54	25,7	77	23,8
Não	5	4,4	10	4,8	15	4,6
Recebimento de orientação para o uso dos medicamentos						
Sim	111	97,4	191	91,0	302	93,2
Não	3	2,6	19	9,0	22	6,8
Local de aquisição dos medicamentos anti-hipertensivos						
Apenas USF	85	74,6	173	82,3	258	79,7
USF/farmácia privada	16	14,0	18	8,6	34	10,5
Farmácia privada	10	8,8	18	8,6	28	8,6
Outro	3	2,6	1	0,5	4	1,2
Efeito Adverso*						
Sim, atualmente	18	13,5	51	22,9	69	19,4
Sim, anteriormente	4	3,0	27	12,1	31	8,7
Sim, atual e anteriormente	-	-	2	0,9	2	0,6
Nunca	111	83,5	143	64,1	254	71,3

* Pacientes que tomam os medicamentos anti-hipertensivos mais aqueles que abandonaram o tratamento (356).

Analisando a distribuição da utilização destes medicamentos, tem-se uma maior proporção de homens que tomam apenas um medicamento anti-hipertensivo (36,0%), contra 31,5% das mulheres. Entre os medicamentos não anti-hipertensivos,

verifica-se que 50,0% dos homens referiram não utilizar qualquer medicamento não anti-hipertensivo, em comparação a 41,9% das mulheres que não os utilizam (Tabela 7).

Tabela 7: Distribuição dos hipertensos segundo número de medicamentos utilizados por sexo, em área de Unidade de Saúde da Família, Londrina, PR, 2007.

Variáveis	Sexo				Total (n=324)	
	Masculino (n=114)		Feminino (n=210)			
	n	%	n	%	n	%
Medicamentos anti-hipertensivos						
Um	41	36,0	66	31,5	107	33,0
Dois	51	44,7	95	45,2	146	45,1
Três ou mais	22	19,3	49	23,3	71	21,9
Medicamentos não anti-hipertensivos						
Nenhum	57	50,0	88	41,9	145	44,8
Um	25	22,0	48	22,9	73	22,5
Dois	16	14,0	34	16,2	50	15,4
Três ou mais	16	14,0	40	19,0	56	17,3

No total, foram identificados 23 medicamentos anti-hipertensivos utilizados pelos 324 pacientes, entre os quais o mais utilizado foi a hidroclorotiazida, seguida do maleato de enalapril e captopril, utilizados por 42,3%, 33,3% e 29,3% dos pacientes, respectivamente. Estas proporções e as dos demais medicamentos utilizados podem ser verificadas na tabela 8.

Agrupando estes medicamentos segundo a classificação ATC, temos: agentes que atuam no sistema renina-angiotensina (66,8%), diuréticos (66,7%), agentes betabloqueadores (35,2%) e bloqueadores dos canais de cálcio (17,0%) como os principais utilizados pelos hipertensos. Os medicamentos enquadrados nos subgrupos terapêutica cardíaca, anti-hipertensores, vasodilatadores periféricos, vasoprotetores e hipolipemiantes representaram 8,8% do total.

Tabela 8: Medicamentos anti-hipertensivos utilizados pelos hipertensos, em área de Unidade de Saúde da Família, Londrina, PR, 2007.

Medicamento Anti-Hipertensivo	n = 630	Freqüência (%)†
Hidroclorotiazida	137	42,3
Maleato de enalapril	108	33,3
Captopril	95	29,3
Propranolol	84	25,9
Furosemida	67	20,7
Nifedipina	47	14,5
Atenolol	24	7,4
Metildopa	14	4,3
Losartan	11	3,4
Espironolactona	8	2,5
Amlodipina	8	2,5
Metoprolol	6	1,9
Cloridrato de clonidina	6	1,9
Clortalidona	4	1,2
Outros medicamentos*	11	3,4

* Medicamentos com freqüência inferior a 1,0% do total.
† Percentual calculado sobre o total de hipertensos que utilizam os medicamentos (324).

4.7 Adesão ao Tratamento

4.7.1 Adesão ao tratamento farmacológico

Se considerarmos todos os pacientes que tomam (324) ou deveriam tomar algum medicamento anti-hipertensivo (32), teremos 356 pacientes (92,5%). Os níveis de adesão destes pacientes estão apresentados na figura 9, na qual se verifica que 32 (9,0%) não são aderentes e 114 (32,0%) são parcialmente aderentes ao tratamento. Comparando os sexos, verifica-se uma maior proporção de homens (14,3%) não-aderentes do que mulheres (5,8%). Já a proporção das mulheres totalmente aderentes (62,8%) se mostra em maiores níveis que os homens (52,6%), resultados estes estatisticamente significativos.

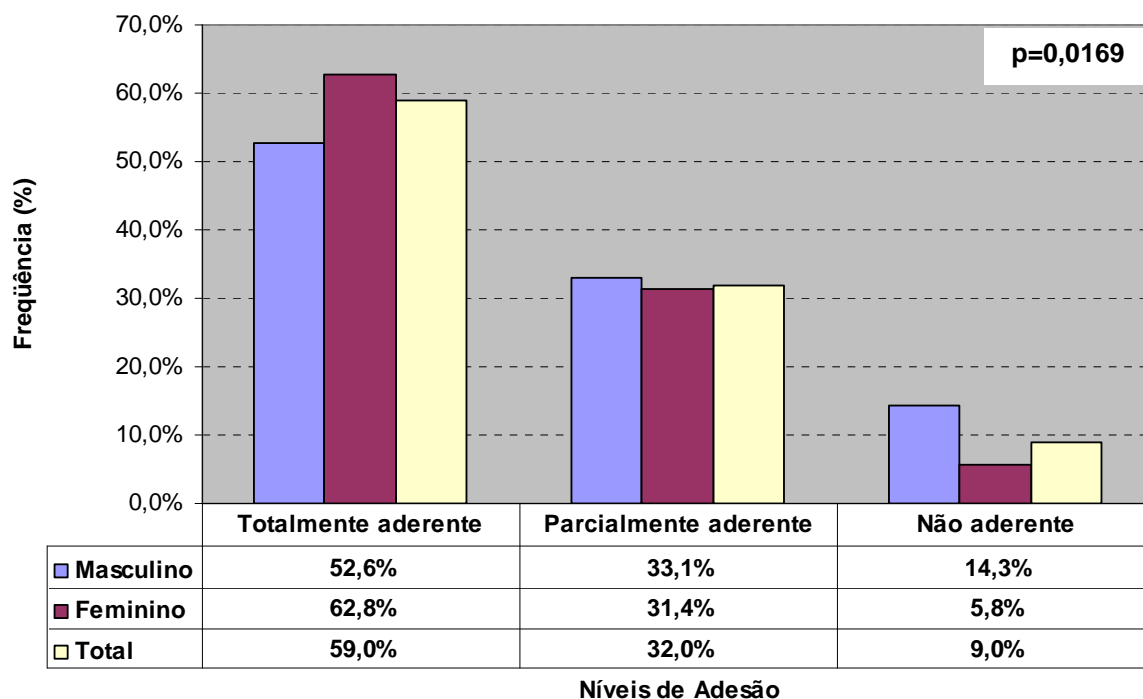



Figura 9: Distribuição dos hipertensos segundo níveis de adesão ao tratamento farmacológico por sexo, em área de Unidade de Saúde da Família, Londrina, PR, 2007.

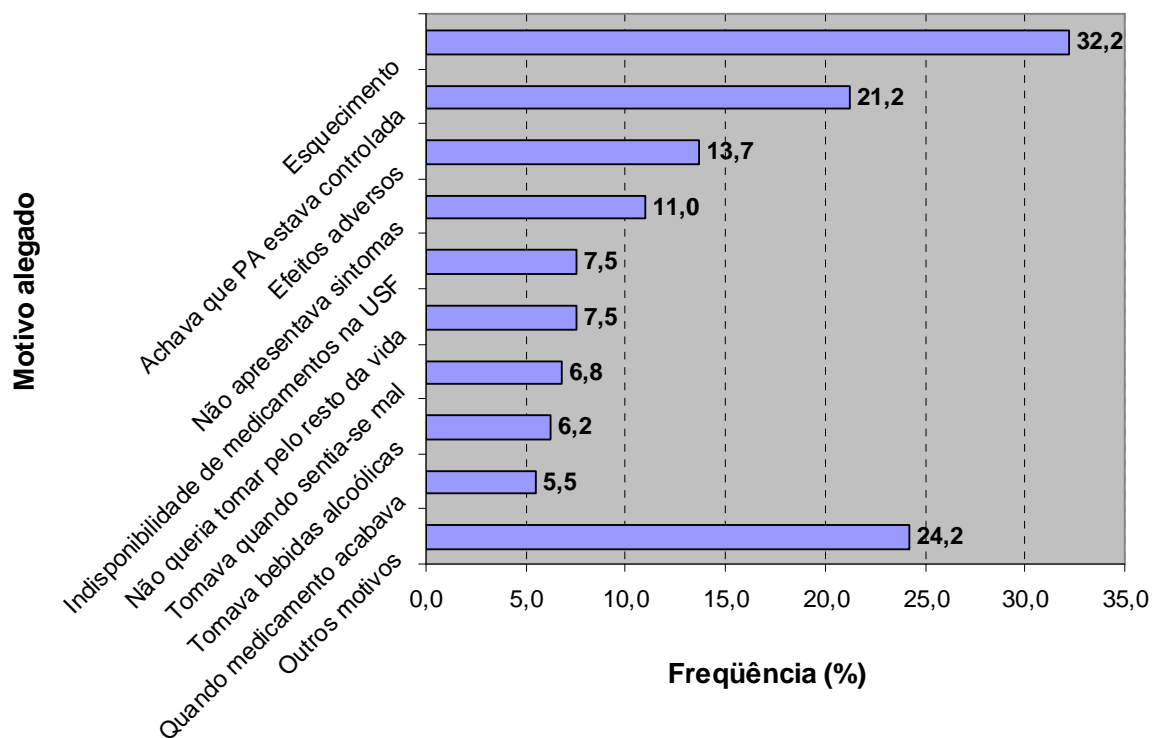
Entre os 146 (41,0%) pacientes que se mostraram não-aderentes e parcialmente aderentes ao tratamento, o motivo mais alegado para justificar a não-adesão foi o esquecimento, seguido de “achar que a pressão estava controlada” e a presença de efeitos adversos, que foram referidos por 32,2%, 21,2% e 13,7% dos hipertensos não-aderentes, respectivamente. Estes e os demais motivos alegados estão representados na figura 10.

*__Outros motivos:__ motivos com freqüência menor ou igual a 1,0% do total.

Figura 10: Proporção dos hipertensos por motivos alegados para a não-adesão ao tratamento medicamentoso, em área de Unidade de Saúde da Família, Londrina, PR, 2007.

4.7.2 Adesão ao tratamento não-farmacológico

Na figura 11, podemos verificar a adesão ao tratamento não-medicamentoso, especificamente com relação à realização de atividade física regular. A maioria dos hipertensos (82,3%), referente a 317 entrevistados, relatou que não realizava atividade física regular. As mulheres se declararam menos aderentes à realização de atividade física (14,5%) que os homens (22,9%), resultado este significativo.

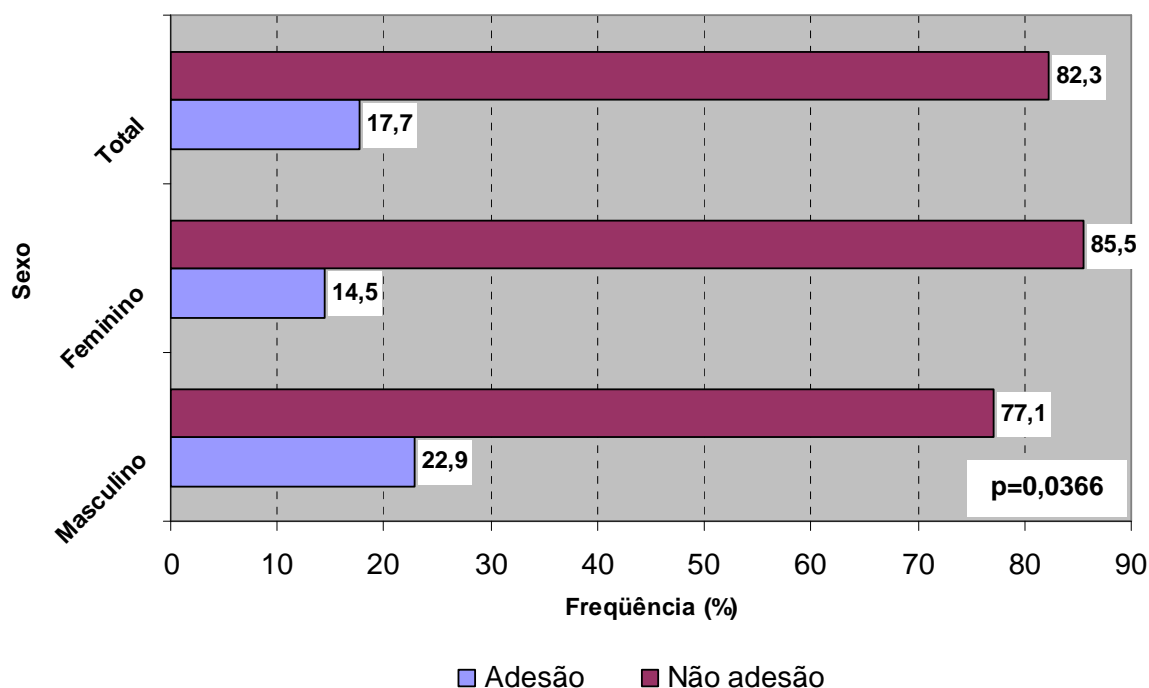



Figura 11: Distribuição dos hipertensos segundo adesão à realização de atividade física regular por sexo, em área de Unidade de Saúde da Família, Londrina, PR, 2007.

Alterações na alimentação em função da presença da hipertensão arterial foram referidas por 266 (69,1%) dos entrevistados (Figura 12). Neste aspecto, as mulheres se mostraram mais aderentes (73,9%), contra 61,1% dos homens (p=0,0088).

De todos os entrevistados, 57,9% alegaram ter diminuído o consumo de sal devido à pressão alta. Os demais produtos cujo consumo foi reduzido estão representados na figura 13. Apenas 3,6% dos hipertensos referiram consumir regularmente alimentos de proteção a eventos cardiovasculares, como hortaliças, frutas, legumes e peixes.

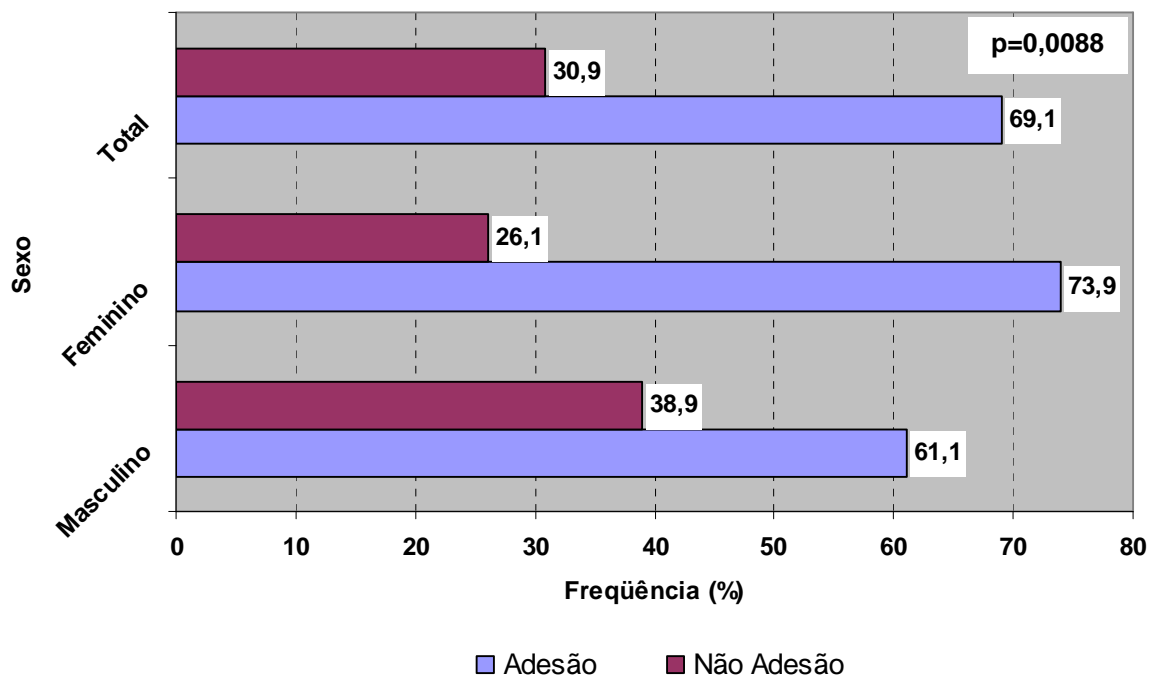



Figura 12: Distribuição dos hipertensos segundo adesão a mudanças na alimentação por sexo, em área de Unidade de Saúde da Família, Londrina, PR, 2007.

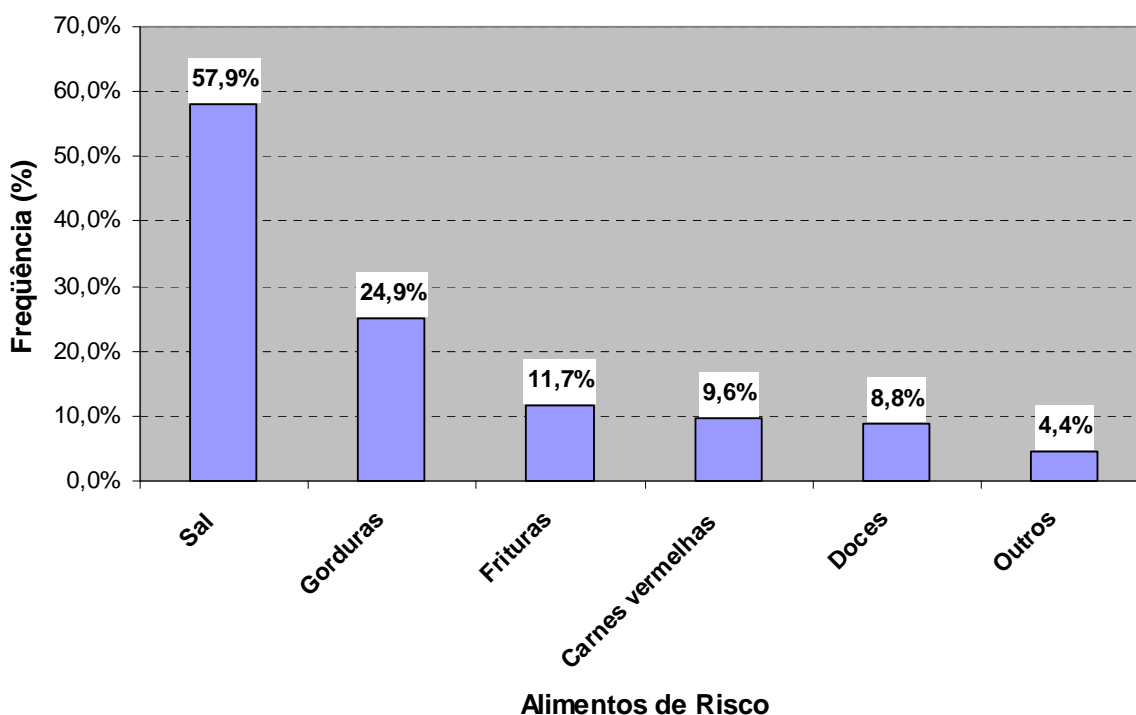



Figura 13: Proporção dos hipertensos que referiram restrição/diminuição de produtos/alimentos de risco cardiovascular, em área de Unidade de Saúde da Família, Londrina, PR, 2007.

4.7.3 Modalidades de adesão

Este estudo permitiu identificar três modalidades de adesão (farmacológica, atividade física e alimentação), sendo a adesão ao tratamento farmacológico considerada apenas para aqueles aderidos totalmente.

Os 356 hipertensos (92,5%) que foram avaliados quanto à adesão ao tratamento medicamentoso também foram classificados quanto à adesão conjunta à atividade física regular e mudanças na alimentação. Desta forma, conforme figura 14, pode verificar-se que apenas 9,8% dos entrevistados aderiram às três modalidades de tratamento. As maiores proporções foram adesão ao tratamento medicamentoso e mudanças da alimentação (34,1%) e apenas mudanças na alimentação (22,2%). Não apresentaram aderência em qualquer modalidade de adesão 12,6% destes hipertensos.

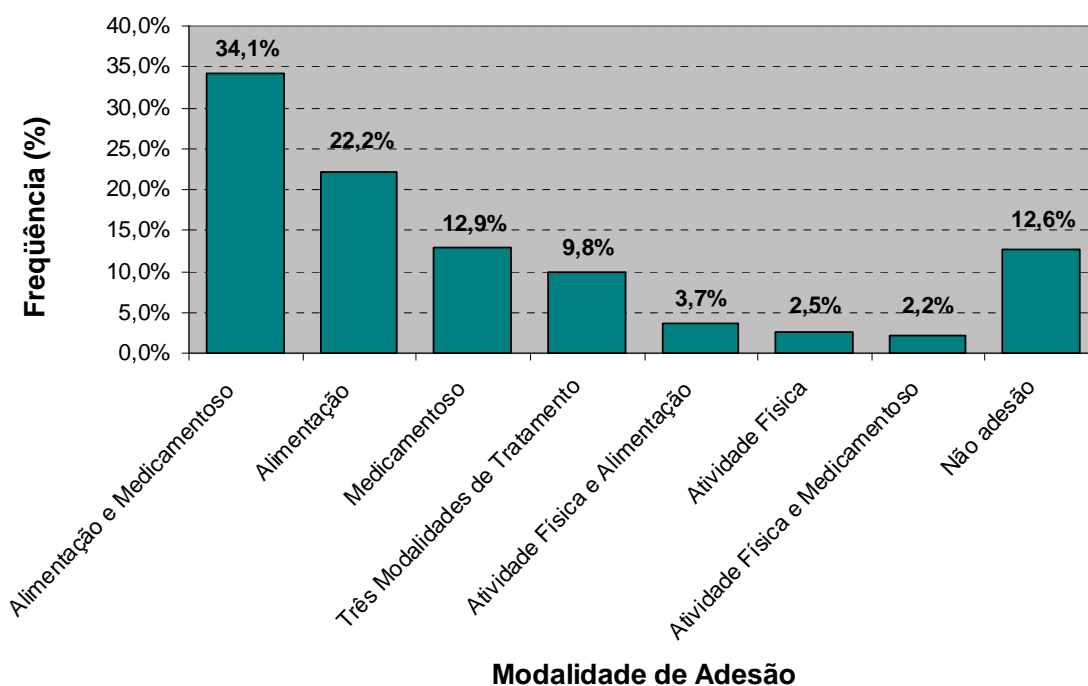



Figura 14: Distribuição dos hipertensos que receberam prescrição de medicamentos (n=356) segundo modalidades de adesão, em área de Unidade de Saúde da Família, Londrina, PR, 2007.

Já quando se avaliaram os 385 hipertensos, considerando apenas a adesão à atividade física regular e mudanças na alimentação, verificou-se adesão às duas modalidades analisadas por apenas 13,0% dos entrevistados. A adesão a apenas mudanças na alimentação foi encontrada em 56,1% dos hipertensos, e 26,2% destes não apresentaram adesão a qualquer destas duas modalidades (Figura 15).

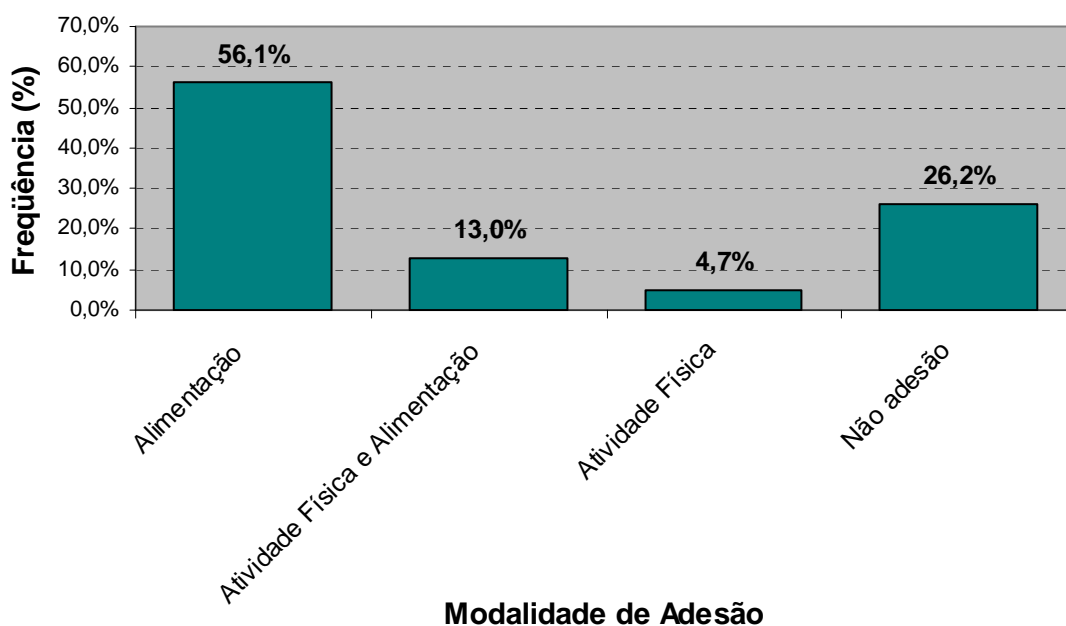



Figura 15: Distribuição dos hipertensos (n=385) segundo adesão à atividade física e mudanças na alimentação, em área de Unidade de Saúde da Família, Londrina, PR, 2007.

4.8 Análise dos Fatores Associados à Adesão

4.8.1 Adesão ao tratamento farmacológico

A análise bivariada da adesão ao tratamento medicamentoso com possíveis fatores associados foi realizada com 356 pacientes: 324 que tomavam medicamentos mais 32 que deveriam tomá-los, mas que abandonaram o tratamento. Além disso, a variável dependente (adesão ao tratamento farmacológico) foi dicotomizada em “adesão” e “não-adesão”, conforme descrito na metodologia.

A adesão ao tratamento farmacológico se mostrou associada ao não-trabalho remunerado, à maior faixa etária, à raça/cor branca e ao acesso a plano de saúde (Tabela 9).

Também foi significativamente maior a adesão ao tratamento farmacológico entre os que nunca fumaram ou que abandonaram o hábito, entre os que não consumiam bebida alcoólica ou o faziam apenas irregularmente e entre os que realizaram alterações na dieta para controle da hipertensão (Tabela 10).

Podemos observar na tabela 11 a associação da adesão com a diabetes, bem como com infarto e AVC prévios. As demais co-morbidades e história familiar de doenças cardiovasculares, bem como a relação cintura-quadril e circunferência abdominal não mostraram associação com a adesão ao tratamento farmacológico.

A tabela 12 mostra associação da adesão com a realização de pelo menos uma consulta ao ano e a medida da pressão arterial pelo menos uma vez ao mês. Porém, não houve associação com a meta dos níveis pressóricos (atingida ou não atingida).

Tabela 9: Associação entre adesão ao tratamento farmacológico e variáveis sócio-econômicas e demográficas e de utilização dos serviços de saúde, em área de Unidade de Saúde da Família, Londrina, PR, 2007.

Variável Independente	Total (n=356)	Adesão (n=210)		
		n	%	Valor p
Sexo				
Masculino	133	70	52,6	0,0597
Feminino	223	140	62,8	
Faixa etária				
20 a 49 anos	69	18	26,1	0,0000
50 a 79 anos	287	192	66,9	
Escolaridade				
Até 3ª série	179	112	62,6	0,1671
4ª série ou mais	177	98	55,4	
Vive sozinho				
Sim	134	81	60,4	0,6637
Não	222	129	58,1	
Raça/cor				
Branca	172	111	64,5	0,0397
Não branca	184	99	53,8	
Trabalho remunerado				
Sim	149	67	45,0	0,0000
Não	207	143	69,1	
Classificação Econômica				
A, B ou C	193	116	60,1	0,6417
D ou E	163	94	57,7	
Ter acesso a plano de saúde				
Sim	83	59	71,1	0,0105
Não	273	151	55,3	
Avaliação do atendimento da USF				
Ótimo/bom	245	151	61,6	0,1319
Regular/ruim/péssimo	111	59	53,2	
Recebimento de visitas das equipes da USF				
Sim	147	91	61,9	0,3482
Não	209	119	56,9	

Tabela 10: Associação entre adesão ao tratamento farmacológico e variáveis relacionadas ao estilo de vida, em área de Unidade de Saúde da Família, Londrina, PR, 2007.

Variável Independente	Total (n=356)	Adesão (n=210)		
		n	%	Valor p
Tabagismo				
Tabagismo atual	60	26	43,3	0,0069
Nunca ou ex-tabagista	296	184	62,2	
Ingestão de bebidas alcoólicas				
Sim, regularmente	19	4	21,1	0,0006
Não ou irregularmente	337	206	61,1	
Realização de atividade física regular				
Sim	65	43	66,2	0,1939
Não	291	167	57,4	
Mudanças na alimentação				
Sim	248	156	62,9	0,0229
Não	108	54	50,0	

Tabela 11: Associação entre adesão ao tratamento farmacológico e variáveis relacionadas à situação da saúde, em área de Unidade de Saúde da Família, Londrina, PR, 2007.

Variável Independente	Total (n=356)	Adesão (n=210)		
		n	%	Valor p
Diabetes				
Sim	81	58	71,6	0,0086
Não	275	152	55,3	
Colesterol elevado				
Sim	104	66	63,5	0,2704
Não	252	144	57,1	
Infarto prévio				
Sim	24	21	87,5	0,0019
Não	332	189	56,9	
AVC prévio				
Sim	40	30	75,0	0,0289
Não	316	180	57,0	
História familiar de AVC/infarto				
Sim	108	68	63,0	0,3144
Não	248	142	57,3	
História familiar de HA/DM				
Sim	263	153	58,2	0,5996
Não	93	57	61,3	
Índice de massa corporal*				
Sobrepeso/obesidade	240	146	60,8	0,8022
Baixo peso/normal	81	48	59,3	
Circunferência abdominal†				
Aumentada	227	142	62,6	0,0925
Normal	122	65	53,3	
Relação cintura-quadril†				
Aumentada	233	146	62,7	0,0711
Normal	116	61	52,6	

* Refere-se a 321 pacientes, os quais referiram peso e altura.
† Refere-se aos 349 pacientes, os quais tiverem as circunferências abdominal e quadril medidas.

Tabela 12: Associação entre adesão ao tratamento farmacológico e variáveis relacionadas ao controle da pressão arterial, em área de Unidade de Saúde da Família, Londrina, PR, 2007.

Variável Independente	Total (n=356)	Adesão (n=210)		
		n	%	Valor p
Níveis da pressão arterial				
Atingiu a meta	174	103	59,2	0,9382
Não atingiu a meta	182	107	58,8	
Freqüência de verificação da PA				
Mínimo de uma medida ao mês	282	179	63,5	0,0008
Nunca ou menos de uma ao mês	74	31	41,9	
Freqüência/intervalo de consultas médicas				
Mínimo de uma consulta ao ano	211	142	67,3	0,0001
Nunca ou menos de uma ao ano	145	68	46,9	

4.8.2 Adesão ao tratamento não-farmacológico

A análise bivariada da adesão ao tratamento não-farmacológico foi realizada com todos os pacientes entrevistados (385), pois as recomendações são universais.

Adesão à atividade física regular:

Entre todas as variáveis analisadas, apresentadas nas tabelas 13, 14, 15 e 16, houve associação significativa da adesão à atividade física regular com maior escolaridade, diabetes e colesterol não elevado auto-referidos, RCQ e CA normais e IMC classificado como peso normal/baixo.

As demais variáveis relacionadas à situação de saúde, juntamente com as características sócio-econômicas e demográficas, utilização dos serviços de saúde e estilo de vida, não mostraram associação.

Também se mostraram associadas à adesão à atividade física regular a realização de pelo menos uma consulta ao ano e pelo menos uma medida da PA ao mês.

Tabela 13: Associação entre adesão à atividade física regular e variáveis sócio-econômicas e demográficas e de utilização dos serviços de saúde, em área de Unidade de Saúde da Família, Londrina, PR, 2007.

Variável Independente	Total (n=385)	Adesão (n=68)		
		n	%	Valor p
Faixa etária				
20 a 49 anos	81	13	16,0	0,6684
50 a 79 anos	304	55	18,1	
Escolaridade				
Até 3ª série	191	25	13,1	0,0196
4ª série ou mais	194	43	22,2	
Vive sozinho				
Sim	142	25	17,6	0,9822
Não	243	43	17,7	
Raça/cor				
Branca	184	37	20,1	0,2285
Não branca	201	31	15,4	
Trabalho remunerado				
Sim	164	22	13,4	0,0597
Não	221	46	20,8	
Classificação Econômica				
A, B ou C	208	35	16,8	0,6412
D ou E	177	33	18,6	
Ter acesso a plano de saúde				
Sim	89	15	16,9	0,8196
Não	296	53	17,9	
Avaliação do atendimento da USF				
Ótimo/bom	257	50	19,5	0,1912
Regular/ruim/péssimo	128	18	14,1	
Recebimento de visitas das equipes da USF				
Sim	158	30	19,0	0,5695
Não	227	38	16,7	

Tabela 14: Associação entre adesão à atividade física regular e variáveis relacionadas ao estilo de vida, em área de Unidade de Saúde da Família, Londrina, PR, 2007.

Variável Independente	Total (n=385)	Adesão (n=68)		
		n	%	Valor p
Tabagismo				
Fumante atual	65	12	18,5	0,8530
Nunca ou ex-tabagista	320	56	17,5	
Ingestão de bebidas alcoólicas				
Sim, regularmente	21	4	19,0	0,8641
Não ou irregularmente	364	64	17,6	
Mudanças na alimentação				
Sim	266	50	18,8	0,3827
Não	119	18	15,1	
Abandono do tratamento*				
Sim	32	4	12,5	0,2686
Não	324	61	18,8	

* Excluídos 29 hipertensos para os quais não houve prescrição de medicamentos anti-hipertensivos.

Tabela 15: Associação entre adesão à atividade física regular e variáveis relacionadas à situação da saúde e história familiar, em área de Unidade de Saúde da Família, Londrina, PR, 2007.

Variável Independente	Total (n=385)	Adesão (n=68)		
		n	%	Valor p
Diabetes				
Sim	88	22	25,0	0,0399
Não	297	46	15,5	
Colesterol elevado				
Sim	110	12	10,9	0,0280
Não	275	56	20,4	
Infarto prévio				
Sim	26	7	26,9	0,1997
Não	359	61	17,0	
AVC prévio				
Sim	41	9	22,0	0,4462
Não	344	59	17,2	
História familiar de AVC/infarto				
Sim	119	21	17,6	0,9958
Não	266	47	17,7	
História familiar de HA/DM				
Sim	284	49	17,3	0,7243
Não	101	19	18,8	
Índice de massa corporal*				
Sobrepeso/obesidade	258	41	15,9	0,0190
Peso normal/baixo	84	23	27,4	
Circunferência abdominal†				
Aumentada	248	33	13,3	0,0019
Normal	130	34	26,2	
Relação cintura-quadril†				
Aumentada	252	37	14,7	0,0285
Normal	126	30	23,8	

* Refere-se a 342 pacientes, os quais referiram peso e altura.
† Refere-se aos 378 pacientes, os quais tiverem as circunferências abdominal e quadril medidas.

Tabela 16: Associação entre adesão à atividade física regular e variáveis relacionadas ao controle da pressão arterial, em área de Unidade de Saúde da Família, Londrina, PR, 2007.

Variável Independente	Total (n=385)	Adesão (n=68)		
		n	%	Valor p
Níveis de pressão arterial				
Atingiu a meta	187	35	18,7	0,5981
Não atingiu a meta	198	33	16,7	
Freqüência de verificação da PA				
Mínimo de uma medida ao mês	298	60	20,1	0,0186
Nunca ou menos de uma ao mês	87	8	9,2	
Freqüência/intervalo de consultas médicas				
Mínimo de uma consulta ao ano	218	48	22,0	0,0104
Nunca ou menos de uma ao ano	167	20	12,0	

Adesão a mudanças na alimentação:

As tabelas 17, 18, 19 e 20 apresentam as variáveis independentes analisadas em relação à adesão a modificações na alimentação em função da presença de hipertensão arterial. Houve associação significativa da adesão com menor escolaridade, acesso a plano de saúde, não-consumo de bebidas alcoólicas ou consumo irregular e com o fato de nunca ter fumado ou ser ex-tabagista.

A realização de pelo menos uma consulta ao ano, pelo menos uma medida da PA ao mês e o não-abandono do tratamento medicamentoso também apresentaram associação significativa com a adesão a modificações na alimentação.

Não houve associação com as demais variáveis relacionadas ao acesso aos serviços de saúde e características sócio-econômicas. Nenhuma das variáveis relacionadas à situação de saúde mostrou associação com a adesão a mudanças na alimentação.

Tabela 17: Associação entre adesão a mudanças na alimentação e variáveis sócio-econômicas e demográficas e de utilização dos serviços de saúde, em área de Unidade de Saúde da Família, Londrina, PR, 2007.

Variável Independente	Total (n=385)	Adesão (n=266)		
		n	%	Valor p
Faixa etária				
20 a 49 anos	81	55	67,9	0,7943
50 a 79 anos	304	211	69,4	
Escolaridade				
Até 3ª série	191	148	77,5	0,0004
4ª série ou mais	194	118	60,8	
Vive sozinho				
Sim	142	97	68,3	0,7999
Não	243	169	69,5	
Raça/cor				
Branca	184	122	66,3	0,2576
Não branca	201	144	71,6	
Trabalho remunerado				
Sim	164	56	34,1	0,2364
Não	221	63	28,5	
Classificação Econômica				
A, B ou C	208	146	70,2	0,6122
D ou E	177	120	67,8	
Ter acesso a plano de saúde				
Sim	89	69	77,5	0,0495
Não	296	197	66,6	
Avaliação do atendimento da USF				
Ótimo/bom	257	172	66,9	0,1928
Regular/ruim/péssimo	128	94	73,4	
Recebimento de visitas das equipes da USF				
Sim	158	109	69,0	0,9707
Não	227	157	69,2	

Tabela 18: Associação entre adesão a mudanças na alimentação e variáveis relacionadas ao estilo de vida, em área de Unidade de Saúde da Família, Londrina, PR, 2007.

Variável Independente	Total (n=385)	Adesão (n=266)		
		n	%	Valor p
Tabagismo				
Fumante atual	65	36	55,4	0,0087
Nunca ou ex-tabagista	320	230	71,9	
Ingestão de bebidas alcoólicas				
Sim, regularmente	21	8	38,1	0,0016
Não e irregularmente	364	258	70,9	
Abandono do tratamento*				
Sim	32	12	37,5	0,0000
Não	324	236	72,8	

* Excluídos 29 hipertensos para os quais não houve prescrição de medicamentos anti-hipertensivos.

Tabela 19: Associação entre adesão a mudanças na alimentação e variáveis relacionadas à situação da saúde, em área de Unidade de Saúde da Família, Londrina, PR, 2007.

Variável Independente	Total (n=385)	Adesão (n=266)		
		n	%	Valor p
Diabetes				
Sim	88	63	71,6	0,5634
Não	297	203	68,4	
Colesterol elevado				
Sim	110	81	73,6	0,2222
Não	275	185	67,3	
Infarto prévio				
Sim	26	21	80,8	0,1821
Não	359	245	68,2	
AVC prévio				
Sim	41	30	73,2	0,5498
Não	344	236	68,6	
História familiar de AVC/infarto				
Sim	119	88	73,9	0,1676
Não	266	178	66,9	
História familiar de HA/DM				
Sim	284	200	70,4	0,3431
Não	101	66	65,3	
Índice de massa corporal*				
Sobrepeso/obesidade	258	181	70,2	0,3136
Peso normal/baixo	84	54	64,3	
Circunferência abdominal†				
Sim	248	174	70,2	0,6210
Não	130	88	67,7	
Relação cintura-quadril†				
Aumentada	252	179	71,0	0,3053
Normal	126	83	65,9	

* Refere-se a 342 pacientes, os quais referiram peso e altura.
† Refere-se aos 378 pacientes, os quais tiverem as circunferências abdominal e quadril medidas.

Tabela 20: Associação entre adesão a mudanças na alimentação e variáveis relacionadas ao controle da pressão arterial, em área de Unidade de Saúde da Família, Londrina, PR, 2007.

Variável Independente	Total (n=385)	Adesão (n=266)		
		n	%	Valor p
Níveis da pressão arterial				
Atingiu a meta	187	125	66,8	0,3540
Não atingiu a meta	198	141	71,2	
Freqüência de verificação da PA				
Mínimo de uma medida/mês	298	214	71,8	0,0325
Nunca ou menos de uma/mês	87	52	59,8	
Freqüência/intervalo de consultas médicas				
Mínimo de uma consulta/ano	218	164	75,2	0,0029
Nunca ou menos de uma/ano	167	102	61,1	

4.9 Adesão ao Tratamento Farmacológico: análise multivariada

Após o controle das variáveis, mantiveram associadas à adesão ao tratamento farmacológico: a faixa etária ($p<0,001$), o trabalho remunerado ($p=0,0174$), a ingestão de bebidas alcoólicas ($p=0,0119$) e a freqüência de consultas médicas ($p=0,0044$) (Tabela 21).

As demais variáveis que se mostraram significantes na análise bivariada: raça/cor, ter acesso a plano de saúde, tabagismo, mudanças na alimentação, diabetes, infarto prévio, AVC prévio e freqüência de verificação da PA passaram a não ter associação. Já o sexo, a escolaridade, a avaliação do atendimento da USF e a realização de atividade física regular continuaram sem relação com a adesão ao tratamento farmacológico.

Apesar de apresentarem $p<0,20$, a circunferência abdominal (CA) e relação cintura-quadril (RCQ) não foram incluídas na regressão logística. Como houve perdas nestas variáveis, optou-se pela sua exclusão desta análise, pois sua inclusão ocasionaria também um menor número de indivíduos nas demais variáveis analisadas na regressão.

A adesão ao tratamento farmacológico foi maior entre os hipertensos com maior faixa etária (50 a 79 anos) (Odds ratio [OR]=4,673), que não consomem ou consomem irregularmente bebidas alcoólicas (OR=4,608), que realizam consultas em intervalos máximos de um ano (OR=1,980) e que não possuem trabalho remunerado (OR=1,792) (Tabela 22).

Tabela 21: Modelo multivariado* da associação entre a adesão ao tratamento farmacológico da hipertensão arterial e variáveis independentes, em área de Unidade de Saúde da Família, Londrina, PR, 2007.

Variável Independente	Odds Ratio	I.C. 95%	χ^2 de Wald	Valor de p
Faixa etária				
20 a 79 anos		Referência		
50 a 79 anos	4,673	2,506 – 8,696	23,5455	0,0000
Ingestão de bebidas alcoólicas				
Sim, regularmente		Referência		
Não e irregularmente	4,608	1,401 – 15,152	6,3229	0,0119
Freqüência de consultas médicas				
Nunca ou menos de uma ao ano		Referência		
Mínimo de uma consulta ao ano	1,980	1,236 – 3,165	8,0920	0,0044
Trabalho remunerado				
Sim		Referência		
Não	1,792	1,109 – 2,907	5,6525	0,0174

* Teste de Hosmer e Lemeshow: χ^2 = 1,92; 4 Graus de Liberdade (G.L.); p = 0,7510.

5. DISCUSSÃO

Primeiramente, deve-se destacar um cuidado metodológico empregado, com o intuito de garantir maior validade externa, isto é, que os resultados fossem representativos da população estudada (MORAES, 2006). Nesse sentido, foram consultadas três fontes de informação sobre os hipertensos cadastrados na USF (Hiperdia, Siab e fichas de aprazamentos). O cruzamento destas três fontes identificou inconsistências entre elas, com apenas 28,2% dos hipertensos presentes nas três, o que requereu uma nova etapa para a identificação da população a ser estudada, com a averiguação da situação dos hipertensos que não constavam nas três fontes. Portanto, a utilização das três fontes de informação para a seleção da população de estudo garantiu que grande parte dos hipertensos cadastrados na USF fosse identificada.

Além disso, outro aspecto positivo que deve ser salientado foi o baixo percentual de perdas (1,3%). Esta situação merece destaque, pois um número alto de perdas poderia gerar inferências incorretas a partir dos resultados obtidos (AZEVEDO; MENDONÇA, 2006). Dessa forma, presume-se que esta situação contribuiu para os resultados serem mais representativos da população de hipertensos cadastrada na USF pesquisada. Este pequeno número de perdas talvez tenha sido resultado do treinamento e acompanhamento dos entrevistadores que, além da minimização das perdas, pode ter colaborado para uma maior consistência dos resultados.

Todavia, não se pode afirmar que a amostra estudada representa toda a população hipertensa da área de abrangência desta Unidade. Primeiro, em razão de existirem hipertensos ainda não identificados pela Unidade, mesmo com o diagnóstico confirmado em outros serviços. Além disso, segundo alguns autores (GUS et al., 2004; PEREIRA et al., 2007; SAKATA et al., 2002), grande parte dos hipertensos desconhece sua condição, especialmente os homens (PEREIRA et al., 2007). Mas, como o objetivo principal deste estudo foi o de detectar a adesão ao tratamento anti-hipertensivo, requisito primordial era o diagnóstico prévio de hipertensão.

Outro fato importante é a faixa etária escolhida para estudo, que excluiu aqueles com menos de 20 e os com 80 anos ou mais de idade, podendo ser uma limitação desta pesquisa. Entretanto, deve-se salientar que a faixa utilizada neste

trabalho (20 a 79 anos) compreendia a grande maioria dos hipertensos cadastrados na Unidade (89,9%). Além do mais, indivíduos com 80 anos ou mais podem apresentar características peculiares desta faixa etária, como maior prevalência de algumas co-morbidades e comportamentos próprios, o que poderia gerar resultados que não refletiriam a totalidade da amostra analisada.

Ainda em relação aos aspectos metodológicos, há de se salientar que a grande maioria das informações obtidas foram auto-referidas, o que as sujeita a possíveis erros decorrentes de memória ou outras distorções. No entanto, considerando que a maior parte das informações não era constrangedora, acredita-se que as possíveis distorções não invalidam os resultados obtidos.

5.1 Caracterização da População

Inicialmente, é importante salientar que a proporção de mulheres (62,6%) identificada neste estudo é bem superior à de homens (37,4%). Semelhantemente, outros estudos que trabalham com hipertensos revelam uma maior freqüência do sexo feminino em relação ao masculino (BORGES; CAETANO, 2005; FREITAS et al., 2002; HADI; ROSTAMI-GOORAN, 2004; KYNGÄS; LAHDENPERÄ, 1999; MONTEIRO et al., 2005).

Porém, a maioria dos estudos de prevalência de hipertensão arterial revela uma maior proporção de hipertensos do sexo masculino, o que diverge deste trabalho (FEIJÃO et al., 2005; JARDIM et al., 2007; PEREIRA et al., 2007; TRINDADE et al., 1998). Esta situação revela a possibilidade de subdiagnóstico da hipertensão arterial no sexo masculino na área estudada (LEMOS et al., 2006).

Isso pode ser justificado devido às mulheres, conforme estudos de acesso aos serviços de saúde, os procurarem mais, de modo que seu diagnóstico acaba ocorrendo mais precocemente (KASSOUF, 2005). Os homens, em geral, preferem farmácias ou pronto-socorros, que, de certa forma, responderiam com mais rapidez aos seus problemas (FIGUEIREDO, 2005).

O fato de o diagnóstico no sexo feminino ocorrer mais precocemente (KASSOUF, 2005) também pode justificar a maior proporção de mulheres observada na faixa etária de 50 a 59 anos, enquanto os homens encontravam-se predominantemente na faixa de 60 a 69 anos. Estes resultados foram semelhantes aos da pesquisa de Freitas e colaboradores (2002), que estudaram hipertensos com

mais de 18 anos cadastrados em clínica de hipertensão do Sistema Único de Saúde (SUS) de São Paulo. De forma parecida, estudo com 226 pacientes cadastrados no programa Hiperdia de um centro de saúde do município de Florianópolis (SC) também identificou maiores proporções de homens na faixa etária de 60 a 69 anos (BORGES; CAETANO, 2005).

Os resultados desta pesquisa mostraram que boa parte dos entrevistados possuía, no máximo, 3ª série do ensino fundamental completa, com uma grande proporção de analfabetos (36,6%). Investigação realizada por Araújo e Guimarães (2007) identificou 73,8% de hipertensos analfabetos ou com primário incompleto em pesquisa com dados secundários de uma Unidade de Saúde da Família de Salvador (BA). Outros autores também identificaram tal situação, lembrando que alguns deles trabalham com diferentes faixas etárias, o que pode influenciar na escolaridade da amostra (FEIJÃO et al., 2005; GUS et al., 2004; JARDIM et al., 2007; ZAITUNE et al., 2006). Este quadro indica a necessidade de as equipes de saúde adequarem suas orientações de modo a facilitar a assimilação das informações por indivíduos com baixa escolaridade.

O presente estudo revelou que, do mesmo modo que as mulheres têm menor escolaridade que os homens, estas também estão menos inseridas no mercado de trabalho e possuem uma classificação econômica mais desfavorável. Investigação realizada por Giatti e Barreto (2003) com indivíduos com 65 anos ou mais também identificou esta associação, justificada pelo fato de a maior escolaridade permitir uma continuidade na atividade por maior tempo.

Diante das características discutidas anteriormente, percebe-se que esta amostra apresenta características sócio-econômicas sugestivas de uma população desprovida de recursos, sobretudo as mulheres.

Sabemos que o estilo de vida é importante de ser avaliado em indivíduos com risco de eventos cardiovasculares (CHOR, 1999; COLOMBO; AGUILLAR, 1997). Este estudo permitiu identificar a prevalência de algumas destas condições, como o hábito de fumar, consumo de bebidas alcoólicas e a realização de atividade física, os quais, além de fatores que estão associadas à hipertensão arterial, também se associam a outras doenças do aparelho circulatório (COLOMBO; AGUILLAR, 1997).

O tabagismo atual foi encontrado em 25,7% dos pacientes hipertensos atendidos em ambulatório hospitalar (PESSUTO; CARVALHO, 1998), apresentando

níveis superiores ao detectado neste estudo (16,9%). Também apresentou altos níveis de tabagismo pesquisa realizada por Sturmer e colaboradores (2006), que identificaram 47,4% de tabagistas entre 380 hipertensos estudados em Pelotas (RS). Porém, inquérito domiciliar no município de Passo Fundo (RS) verificou que, entre os hipertensos, 19,1% eram fumantes atuais (TRINDADE et al., 1998), com valores semelhantes aos desta pesquisa.

O tabagismo é um reconhecido fator de risco para doenças cardiovasculares; contudo, muitos são os fatores que dificultam a cessação desse hábito. Por isso, é importante no seu combate não só a motivação do paciente, mas também programas coletivos de combate, inclusive com a oferta de medicamentos (ARAÚJO et al., 2004).

Foi observada uma alta proporção de inatividade física (70,4%), ainda maior entre as mulheres. Além disso, uma parte daqueles que realiza atividade física a faz de forma irregular (11,9%). Altos índices de inatividade física também foram encontrados por outros estudos (PESSUTO; CARVALHO, 1998; STURMER et al., 2006). A inatividade física está diretamente associada à obesidade, condição altamente ligada a eventos cardiovasculares (GOMES; SIQUEIRA; SICHIERI, 2001).

A referência de utilização regular de bebidas alcoólicas por parte dos entrevistados (5,5%), especialmente pelas mulheres (0,8%), está abaixo do apresentado por outros estudos (PESSUTO; CARVALHO, 1998; STURMER et al., 2006). A baixa referência de consumo de bebidas alcoólicas detectada no presente estudo pareceu muito reduzida em comparação com outros estudos; no entanto, a determinação do seu consumo é controversa, e geralmente sua mensuração é subestimada (REHM et al., 1999).

Ainda assim, a associação da ingestão de bebidas alcoólicas e hipertensão merece destaque, pois alguns estudos realizados no Brasil identificaram que o abuso do consumo de álcool está relacionado com a maior prevalência de hipertensão (FREITAS et al., 2001; FUCHS et al., 2005; ZAITUNE et al., 2006), mostrando a importância do álcool como fator de risco para hipertensão.

Neste estudo, embora o consumo regular de alimentos com alto teor de sódio e gorduras não tenha ultrapassado 24,0%, devemos destacar a importância da sua restrição para o controle da hipertensão arterial. O consumo de alimentos ricos em sódio e gorduras está intimamente associado aos níveis pressóricos (MOLINA et al., 2003) e favorecem o aparecimento da hipertensão arterial e de outras doenças

cardíacas (CRUZ; SOBRAL; PENA, 1998; PESSUTO; CARVALHO, 1998). Além disso, alimentos ricos em gordura influenciam diretamente nos níveis de colesterol e obesidade (NEUMANN et al., 2007), também importantes fatores de risco para doenças cardiovasculares.

A porcentagem de hipertensos que referiram diabetes e colesterol elevado (22,9% e 28,6%, respectivamente) revela que a hipertensão não é único agravo a ser combatido neste grupo. Estas situações também aumentam o risco de doenças do aparelho circulatório (MARCOPITO et al., 2005). Gus e colaboradores (2004) detectaram, entre hipertensos, maiores prevalências de hipercolesterolemia (38,4%) e diabetes (9,6%) que em indivíduos com níveis pressóricos normais, salientando a importância do controle desses estados, além da própria hipertensão arterial.

Um outro ponto de destaque neste estudo é o alto índice de sobrepeso e obesidade (75,4%), identificados pelo IMC usando peso e altura auto-referidos. Apesar de essas medidas serem auto-referidas, pesquisa realizada no município de Goiânia (GO) identificou alta concordância entre as medidas de peso e altura reportadas e as aferidas (PEIXOTO; BENÍCIO; JARDIM, 2006). Sturmer e colaboradores (2006), em estudo de base populacional, verificaram, entre hipertensos de Pelotas (RS), que 38,2% tinham sobrepeso ou obesidade, mostrando valores inferiores aos da presente investigação, o que pode ser justificado por este trabalho apresentar faixa etária mais elevada. Alguns estudos têm mostrado associação da obesidade com a prevalência de hipertensão arterial (CARNEIRO et al., 2003; FEIJÃO et al., 2005; GUS et al., 1998; JARDIM et al., 2007; SABRY; SAMPAIO; SILVA, 2002), o que reforça sua importância em relação à hipertensão.

A obesidade, além de um importante fator de risco à hipertensão arterial, também está associada a eventos cardiovasculares (MARIATH et al., 2007), de forma que seu controle deve fazer parte das estratégias de acompanhamento de pacientes hipertensos. Esse controle também contribui para a manutenção dos níveis de colesterol e diabetes dentro do recomendado (VASQUES et al., 2007), situações também referidas na amostra estudada, conforme discutido anteriormente.

A alta prevalência de obesidade abdominal, principalmente no sexo feminino, também é motivo de preocupação. Segundo Carneiro e colaboradores (2003), a relação cintura-quadril tem sido utilizada para determinar indivíduos com um maior risco cardiovascular. Esses mesmos autores verificaram que a prevalência de hipertensão arterial aumentava significativamente com o aumento dos valores de

RCQ. Além disso, a obesidade abdominal é considerada um dos fatores para a síndrome metabólica, a qual representa um grande aumento do risco de desenvolver doenças cardiovasculares (SAAD; ZANELLA; FERREIRA, 2006; SPOSITO et al., 2007).

Em estudo realizado entre funcionários de uma indústria em Jaraguá do Sul (SC), a circunferência abdominal elevada foi detectada em 33,0% da população, sendo em 49,0% das mulheres e em 26,0% dos homens (MARIATH et al., 2007). Outros trabalhos também verificaram maior prevalência de obesidade abdominal entre mulheres (CABRAL et al., 2003; LEAN; HAN; SEIDELL, 1998; OLINTO et al., 2006). Neste estudo, a maior prevalência de inatividade física entre as mulheres pode ter contribuído para os maiores níveis de obesidade abdominal no sexo feminino (82,8% e 87,9% de CA e RCQ aumentadas, respectivamente). No entanto, também devemos ressaltar que os pontos de corte utilizados neste estudo são contestados para uso em algumas populações e faixas etárias (PITANGA; LESSA, 2005; SPOSITO et al., 2007), o que pode ter superestimado a obesidade abdominal, especialmente entre as mulheres.

Com relação ao acesso a plano de saúde, os resultados desta pesquisa (23,1%) mostram-se semelhantes aos de outros trabalhos brasileiros, como o de Pinheiro e colaboradores (2002), analisando dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD – 1998); porém, esse estudo trabalhou com um perfil de amostra diferente, uma vez que não se constituía de hipertensos. Em investigação com amostra representativa de 24 municípios da região metropolitana de Belo Horizonte (MG), 33,9% dos participantes do estudo apresentavam filiação a plano privado de saúde (LIMA-COSTA, 2004a), resultado este superior ao do presente trabalho. Esta divergência pode estar relacionada a um maior poder aquisitivo dos indivíduos analisados na pesquisa mineira.

A maioria dos hipertensos do presente estudo (94,3%) referiu utilizar a Unidade de Saúde e 70,0% consideram o atendimento ótimo ou bom. Sendo esta uma Unidade de Saúde da Família, o vínculo é imprescindível e certamente melhora a satisfação dos usuários em relação ao atendimento (LIMA et al., 2007). Além disso, a alta proporção de hipertensos classificados nas classes econômicas C, D e E pode justificar o porquê da grande utilização da Unidade. Estudo transversal, de base populacional, com população de 20 a 69 anos da zona urbana de Pelotas (RS),

verificou que quanto mais baixa a classificação econômica, maior o número de consultas no sistema público de saúde (COSTA; FACCHINI, 1997).

Apesar da ampla utilização do serviço, o baixo número de indivíduos que referiu receber visitas das equipes de saúde da Unidade é um fato que contraria as atribuições das equipes de saúde, especialmente dos agentes comunitários de saúde. O Protocolo Clínico de Saúde do Adulto da Autarquia Municipal de Saúde de Londrina (LONDRINA, 2006a) recomenda o acompanhamento dos hipertensos, questionando-os sobre a verificação da PA, o comparecimento às consultas, a utilização dos medicamentos e o cumprimento das orientações de mudanças de hábitos de vida. Deste modo, a visita domiciliar possibilita, além do conhecimento da situação de saúde das famílias, o desenvolvimento de ações de promoção e prevenção, e o acompanhamento de grupos prioritários, como os hipertensos (BRASIL, 2004a).

Contudo, devemos destacar que o número de visitas a pacientes em Unidades de Saúde da Família ainda é superior ao de unidades tradicionais. Mano e Pierin (2005), em pesquisa realizada em um Centro de Saúde Escola de São Paulo, verificaram que hipertensos atendidos pelo PSF recebiam mais visitas domiciliares e médicas quando comparados com aqueles atendidos por programa tradicional.

Além disso, percebemos que em torno da metade dos pacientes estava com os níveis pressóricos acima dos máximos recomendados pelas Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, o que coincide com os resultados de outros autores que buscaram determinar a taxa de controle da hipertensão arterial e encontraram níveis pressóricos menores de 140 mmHg para sistólica e 90 mmHg para diastólica em 43,0% (ARAUJO; GUIMARÃES, 2007), 56,8% (ROSINI; MACHADO; XAVIER, 2006) e 64,0% (YAHYA; MEHZA; GHAREEB, 2006) dos hipertensos analisados. Já em estudo realizado em clínica de hipertensão arterial, apenas 20,9% dos pacientes analisados se mostravam com níveis tensionais inferiores a 140/90 mmHg, o que pode ser devido à baixa adesão ao tratamento ou à sua eficácia (FREITAS et al., 2002). Ainda assim, o percentual de hipertensos identificado neste estudo com pressão arterial igual ou acima das recomendações, associado à baixa freqüência de visitas pelas equipes, pode contribuir ainda mais para a elevação dos níveis de pressão arterial, uma vez que as visitas podem funcionar como um meio para estimular seu melhor controle.

No entanto, a presente investigação não encontrou associação da adesão ao tratamento farmacológico com os níveis pressóricos controlados conforme recomendação das Diretrizes. Já outros trabalhos identificaram que os não-aderentes tinham a pressão arterial em níveis mais insatisfatórios que os aderentes ao tratamento (MARÍN-REYES; RODRÍGUEZ-MORÁN, 2001; YIANNAKOPOULOU et al., 2005). Como nesta pesquisa foram efetuadas as medidas da pressão arterial de forma pontual, ou seja, apenas no momento da entrevista, isso pode não reproduzir o dia-a-dia dos níveis pressóricos do hipertenso. Uma análise mais detalhada destes dados, utilizando a média da pressão diastólica e sistólica ou outras formas de categorização da pressão arterial ou de adesão ao tratamento farmacológico talvez possam evidenciar diferentes níveis pressóricos em hipertensos com diferentes níveis de adesão.

A V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial recomenda que pacientes com níveis pressóricos iguais ou acima de 140 mmHg para a sistólica ou 90 mmHg para a diastólica tenham sua pressão arterial aferida a cada dois meses, no mínimo (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2007). Se mais de 75,0% dos hipertensos estudados referem verificar a pressão arterial pelo menos uma vez ao mês, podemos supor que há uma boa adesão a esta recomendação na área estudada. Primeiro porque, conforme discutido anteriormente, cerca de metade dos hipertensos tinham os níveis pressóricos iguais ou maiores a 140 mmHg (sistólica) ou 90 mmHg (diastólica), ou seja, aos quais é recomendado verificar a PA a cada dois meses. Além disso, apenas 12,5% deles referiram que nunca tem sua pressão aferida, ou seja, um baixo número de não-aderentes à verificação da PA.

Contudo, mesmo havendo uma boa adesão à verificação da PA, é necessário buscar atingir a meta de que todos os hipertensos tenham sua pressão medida segundo as recomendações das Diretrizes. São necessárias estratégias para estimular estes pacientes a verificarem mais freqüentemente os níveis pressóricos, uma vez que os principais locais para sua aferição são de fácil acesso na região ou município estudado (USF, farmácias privadas).

Sturmer e colaboradores (2006), avaliando 380 indivíduos que referiram hipertensão em inquérito realizado em Pelotas (RS), identificaram que 14,2% deles não se submeteram à consulta médica no ano que antecedeu a entrevista. Apesar de esse estudo não avaliar consultas específicas para o acompanhamento da pressão arterial, podemos sugerir que os dados do presente estudo mostram-se

preocupantes, uma vez que em torno de 45,0% dos hipertensos avaliados referiram consultar-se em intervalos superiores a um ano ou não se consultarem para o acompanhamento da hipertensão arterial.

Além disso, o Protocolo Clínico de Saúde do Adulto da Autarquia Municipal de Saúde de Londrina (LONDRINA, 2006a) recomenda que hipertensos com baixo risco (homens < 55 anos e mulheres <65 anos) submetam-se ao mínimo de uma consulta médica ao ano. Cabe então aos serviços, sempre que possível, facilitar o acesso aos profissionais médicos por esta população, inclusive à especialidade de cardiologia, responsável pelo acompanhamento dos pacientes com maior gravidade, para a qual, em geral, o agendamento dos retornos costuma ser mais demorado.

5.2 Uso de Medicamentos

Conforme apresentado nos resultados, os homens (13,2%) abandonaram mais o tratamento que as mulheres (5,4%). Entre aqueles que utilizam os medicamentos prescritos (84,2%), importante parcela não os utiliza de forma regular (35,2%).

Borges e Caetano (2005), em estudo com hipertensos cadastrados no programa Hiperdia de um centro de saúde de Florianópolis (SC), verificaram abandono do tratamento farmacológico da hipertensão em 25,7% da amostra estudada, superior à apresentada em nosso estudo. Naquele trabalho, o abandono foi maior pelos homens nas menores faixas etárias; já para as mulheres ocorreu o contrário.

Entretanto, no presente estudo, percebe-se que grande parte dos entrevistados referiu ter sido orientada para o uso dos medicamentos (93,2%), o que deveria influenciar na sua tomada regular ou correta, inclusive na tomada sempre no mesmo horário, o que foi referido por 71,6% dos 324 hipertensos que faziam uso de medicamentos anti-hipertensivos. Pesquisa realizada com hipertensos monitorados eletronicamente identificou que 68,5% deles tomaram todos os medicamentos durante o período de monitoração, e sempre no mesmo horário do dia (SCHROEDER et al., 2006), percentual próximo ao observado neste estudo.

O fato de a maioria dos pacientes afirmar ter sido orientada para a utilização dos medicamentos não refletiu diretamente no uso regular dos medicamentos e nem na sua tomada no mesmo horário, o que salienta a necessidade de estratégias de

comunicação que facilitem o entendimento e percepção dos hipertensos sobre a importância da utilização correta dos medicamentos prescritos, e que esta orientação seja constante, e não apenas pontual ou realizada uma única vez.

Além disso, merece destaque que a maior parte dos pacientes consegue seus medicamentos para hipertensão na unidade de saúde, o que claramente favorece a utilização dos medicamentos, especialmente aos hipertensos com menor poder aquisitivo, que são a maior parte dos desta investigação. Souza (2006), em inquérito realizado no município de São Paulo entre 2001 e 2002, identificou apenas 38,3% dos pacientes que obtinham pelo menos um dos medicamentos anti-hipertensivos pelo Sistema Único de Saúde. Akashi e colaboradores (1998), em pesquisa com hipertensos atendidos em hospital de clínicas de São Paulo, entre 1995 e 1996, verificaram que 43,9% dos hipertensos adquiriam seus medicamentos em farmácia e apenas 19,2% em unidades de saúde, apresentando também valores inferiores aos do presente trabalho.

Considerando que o perfil dos medicamentos utilizados nos estudos citados é semelhante ao desta investigação, bem como que não há diferenças significativas nas características sócio-econômicas e demográficas das pessoas estudadas, surpreende o fato destas diferenças quanto ao local de aquisição dos medicamentos. Como um dos trabalhos foi realizado ainda na década de 1990 (AKASHI et al., 1998), o sistema público poderia ainda não ofertar alguns ou muitos dos medicamentos utilizados, fazendo com que o hipertenso tivesse a necessidade de comprá-los. Mesmo o estudo de Souza (2006) sendo realizado num período mais recente, talvez a mesma explicação pudesse ser dada, ou seja, o não oferecimento pelo setor público dos medicamentos anti-hipertensivos utilizados.

Deve-se destacar que os medicamentos mais utilizados nesses estudos constam da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename), porém, cada município tem autonomia de criar sua própria relação, a Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (Remume) (BRASIL, 1998; BRASIL, 2004b; BRASIL, 2007). Em Londrina, provavelmente, na Remume se incluam os medicamentos anti-hipertensivos mais utilizados pelos hipertensos deste estudo, o que os torna disponíveis a maior parte do tempo. Esta situação pode não se refletir em outros municípios, como São Paulo.

As reações adversas presentes ou passadas foram relatadas por 28,7% (102), mas o que chama atenção é que cerca de 70,0% (69) destes afirmaram

apresentar estas reações com os medicamentos que tomam atualmente. Este fato sugere que as orientações para o uso dos medicamentos não esclarecem o que fazer em casos de reações adversas, ou que as reações adversas são mínimas, sendo controladas com outros medicamentos ou de outras formas.

Mais de 60,0% dos 324 hipertensos que utilizam medicamentos anti-hipertensivos avaliados neste estudo utilizam dois ou mais medicamentos anti-hipertensivos. Resultados semelhantes aos do presente trabalho foram encontrados por Freitas e colaboradores (2002), que identificaram 62,0% dos hipertensos utilizando duas ou mais drogas anti-hipertensivas para o controle da hipertensão, em investigação realizada com pacientes cadastrados em clínica de hipertensão arterial. Pesquisa com 255 hipertensos em tratamento na Holanda identificou que 60,0% dos hipertensos utilizavam duas ou mais drogas anti-hipertensivas (WETZELS et al., 2006).

Entretanto, outros trabalhos encontraram uma maior proporção de hipertensos que utilizam apenas um medicamento. Vaur e colaboradores (1999), estudando hipertensos com 18 anos ou mais, verificaram que 67,0% dos pacientes utilizavam apenas um medicamento, 25,0% dois e 8% três ou mais. Akashi e colaboradores (1998), em estudo com hipertensos atendidos em hospital de clínicas, identificaram que 60,7% destes utilizavam apenas um medicamento para o controle da hipertensão e os demais, 39,3%, dois medicamentos. Situação semelhante a esta também foi observada por Yiannakopoulou e colaboradores (2005).

A V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial destaca como as classes de medicamentos a serem utilizados no tratamento da hipertensão arterial os diuréticos, inibidores adrenérgicos (entre eles os betabloqueadores), bloqueadores dos canais de cálcio, inibidores da enzima conversora da angiotensina, entre outros. A escolha inicial deve ser sempre a monoterapia, mas quando ela não for suficiente ou quando houver a necessidade de um controle mais rigoroso da pressão arterial, deve-se realizar a terapia combinada com outras drogas anti-hipertensivas (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2007).

Nesse sentido, os resultados do presente estudo divergem destas recomendações quando grande número de pacientes faz uso de associação de anti-hipertensivos. Esta situação pode ser devida à não-utilização correta dos medicamentos, levando o prescritor a supor que a droga utilizada não tem o efeito

desejado, à gravidade do quadro, que exige a terapia combinada, ou à baixa eficácia dos medicamentos, não havendo o controle adequado dos níveis pressóricos.

O Ministério da Saúde recomenda que os medicamentos essenciais disponíveis devem possuir somente um princípio ativo, evitando-se as associações (BRASIL, 1999), e os medicamentos disponibilizados pelo serviço público de Londrina refletem estas recomendações. Desta forma, os resultados obtidos neste estudo a respeito do número de medicamentos utilizados equivalem, na maioria dos casos, ao número de comprimidos utilizados, pois grande parte dos hipertensos consegue todos os medicamentos anti-hipertensivos na USF.

O número de comprimidos utilizados é condição que interfere diretamente na adesão (COELHO; NOBRE, 2006; LEITE; VASCONCELLOS, 2003). Igualmente, quanto maior o número de medicamentos utilizados, maior o risco de interações medicamentosas e reações adversas, especialmente em idosos (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1998).

Quanto aos medicamentos prescritos, estudos mostram resultados semelhantes, com inibidores da enzima conversora da angiotensina (ECA), diuréticos e betabloqueadores como os principais utilizados pelos pacientes. Pesquisa de base populacional no município de São Paulo (SP) verificou que os medicamentos mais utilizados foram os inibidores da ECA (35,3%), diuréticos (32,6%) e betabloqueadores (17,1%) (SOUZA, 2006). Outros autores também detectaram estas como as principais classes de anti-hipertensivos utilizados (AKASHI et al., 1998; MONTEIRO et al., 2005; YIANNAKOPOULOU et al., 2005).

No entanto, Mion Júnior, Pierin e Guimarães (2001) identificaram, em trabalho com médicos que atendem hipertensos, que as drogas mais prescritas são os diuréticos (53,0%), seguido dos inibidores da ECA (24,0%) e betabloqueadores, com aproximadamente 10,0%. Ainda que as classes relatadas como mais prescritas sejam as mesmas às do presente estudo, deve-se salientar que os médicos mencionaram a prescrição de diuréticos em valores bem superiores aos inibidores da ECA; porém, o presente trabalho identificou freqüência semelhante de diuréticos e inibidores da ECA, sugerindo que a prática clínica observada nesta pesquisa não reflete o reportado pela classe médica da outra investigação.

Quando verificamos quais são os medicamentos utilizados pelos hipertensos desta pesquisa, detectamos que os principais (hidroclorotiazida, maleato de enalapril, captopril, propranolol, furosemida, nifedipina, atenolol e metildopa) são

fornecidos pelo sistema público de saúde de Londrina, o que é coerente com o fato de grande parte dos hipertensos adquirir todos seus medicamentos na USF. Isso também denota o cumprimento da Política Nacional de Medicamentos, que salienta que os medicamentos essenciais devem estar disponíveis aos segmentos da sociedade que deles necessitem (BRASIL, 1998).

No entanto, a mesma Política Nacional de Medicamentos (BRASIL, 1998) destaca que estes medicamentos essenciais também devem ter sua segurança, eficácia e qualidade garantidas, além da promoção do seu uso racional. Deste modo, o profissional farmacêutico pode contribuir para o alcance destas recomendações, uma vez que o mesmo tem formação e conhecimentos técnicos e científicos necessários para o cumprimento das diretrizes propostas por esta política.

5.3 Adesão ao Tratamento

Identificou-se, neste estudo, uma alta porcentagem de pacientes parcialmente aderentes (32,0%) e não-aderentes (9,0%) ao tratamento farmacológico, com maiores proporções de não-aderentes entre os homens (14,3%) em comparação às mulheres (5,8%). No geral, a maioria dos trabalhos identifica também uma baixa aderência ao tratamento, e este fato pode contribuir para o não controle dos níveis pressóricos e, como conseqüência, para um maior risco de eventos cardiovasculares.

Contreras e colaboradores (2002) avaliaram estudos sobre adesão ao tratamento anti-hipertensivo na população espanhola, no período de 1984 a 2001, e detectaram índices de não-adesão que variaram de 7,1% a 66,2%, variação atribuída, segundo esses autores, à falta de homogeneidade das metodologias utilizadas, que incluem distintas áreas, populações de hipertensos, tempos de seguimento e números de pacientes participantes.

Alguns trabalhos apresentaram resultados semelhantes aos da presente investigação, como o de Tuesca-Molina e colaboradores (2006), que, estudando hipertensos espanhóis com 60 anos ou mais não-institucionalizados, identificaram um cumprimento terapêutico em 53,0% dos pacientes. González e colaboradores (2005) verificaram, entre hipertensos atendidos em policlínica de Cuba, que 51,6% deles sempre realizavam o tratamento indicado, 45,4% às vezes e 3,0% abandonaram o tratamento.

Já outros trabalhos encontraram níveis de adesão maiores que os deste estudo, como o realizado com hipertensos atendidos em hospital de clínicas de São Paulo, no qual 75,9% referiram ser aderentes ao tratamento (AKASHI et al., 1998). Em investigação com 138 indivíduos atendidos em centros de saúde de três municípios da Finlândia, 75,0% dos hipertensos apresentaram boa adesão ao tratamento, e nenhum paciente abandonou o tratamento, identificado com uso de um questionário que permitiu a medida da aderência ao tratamento (KYNGÄS, LAHDENPERÄ; 1999). Também com resultados superiores aos presentes, Nuesch e colaboradores (2001) estudaram 110 pacientes atendidos em hospital universitário da Suíça e identificaram adesão ao tratamento medicamentoso, medida por um sistema eletrônico de monitorização, em 83,5% dos hipertensos analisados. Deve-se ressaltar que os hipertensos analisados nesses estudos são de serviços especializados ou pacientes freqüentadores de centro de saúde, o que provavelmente justifica os maiores níveis de adesão.

De modo contrário, estudo multicêntrico realizado na Alemanha com 1603 pacientes, acompanhados por seis meses, entre 1992 e 1993, mostrou que 32,3% dos pacientes referiram nunca se esquecer de tomar os medicamentos, 54,8% relataram que se esqueciam ocasionalmente e 12,9% admitiram que freqüentemente não tomavam os medicamentos prescritos (DÜSING, 2001). Em pesquisa realizada com hipertensos atendidos em clínica de Gana, verificou-se não-adesão ao tratamento anti-hipertensivo em 93,0% dos pacientes, sendo o preço (96,0%) e efeitos colaterais (33,0%) dos medicamentos os principais motivos alegados para o abandono ou utilização incorreta da medicação (BUABENG; MATOWE; PLANGE-RHULE, 2004). Investigação realizada no Irã, com hipertensos de clínica universitária, identificou apenas 37,0% de aderentes ao tratamento (HADI; ROSTAMI-GOORAN, 2004). Estudo realizado em Atenas, Grécia, identificou uma boa aderência ao tratamento farmacológico em apenas 15,0% dos 1.000 pacientes avaliados (YIANNAKOPOULOU et al., 2005).

O esquecimento, neste estudo, como principal motivo da não-adesão, é também relatado em outros trabalhos semelhantes. Este motivo é comum, especialmente porque os pacientes, muitas vezes, não agregam ao seu dia-a-dia a utilização dos medicamentos. Além disso, podem não ter sido devidamente orientados quanto a meios para minimizar os esquecimentos, com estratégias de local de armazenamento e horário das tomadas.

Investigação realizada com hipertensos que receberam a monoterapia de trandolapril (inibidor da ECA) na França e foram monitorados eletronicamente, identificou que 29,0% dos pacientes esqueceram mais de 10,0% das doses (VAUR et al., 1999), salientando a importância de se trabalhar estratégias para minimizar o esquecimento.

Em pesquisa com hipertensos atendidos na rede pública e privada da Bahia, a partir de questionário aplicado por médicos cardiologistas, foram identificados como principais motivos da interrupção do tratamento: a normalização da PA, seguida dos efeitos colaterais, esquecimento e custos do tratamento (ANDRADE et al., 2002).

Düsing (2001), em estudo multicêntrico realizado na Alemanha, verificou como principais motivos da não-adesão: esquecimento (40,4%), efeitos adversos (9,6%) e estilo de vida irregular (6,5%). Strelec, Pierin e Mion Júnior (2003), estudando 130 pacientes com hipertensão arterial primária leve ou moderada de São Paulo, identificaram 49,0% dos entrevistados que se esqueciam de tomar o medicamento, 28,0% que deixavam de tomar quando se sentiam bem e 17,0% que deixavam de tomar quando se sentiam mal.

Entre os outros motivos apresentados pelos hipertensos deste estudo, muitos deles dizem respeito ao conhecimento sobre a hipertensão arterial. Compreender a doença que os acomete, suas causas e conseqüências, e a importância do tratamento, é fundamental para melhorar a adesão ao tratamento. Ademais, a possibilidade da convivência pelo resto da vida com uma doença comumente sem sintomas, além da necessidade de mudanças no seu dia-a-dia, contribui para o abandono ou tomada irregular dos medicamentos prescritos.

Devido a isso, as equipes de saúde devem trabalhar com os hipertensos e suas famílias no sentido elucidar todos os aspectos relacionados à hipertensão arterial, desde suas causas e conseqüências até seus sintomas, ou ausência deles. Além disso, deve-se destacar a importância da adaptação a uma situação que exige mudanças comportamentais contínuas.

Novamente se insere o profissional farmacêutico, que poderia, através de processos educativos contínuos aos hipertensos, enfatizar os riscos da interrupção do tratamento, bem como as estratégias de não-esquecimento descritas anteriormente. Também, a interação entre prescritores e farmacêuticos pode

favorecer a escolha dos regimes farmacoterapêuticos mais adequados para cada paciente, considerando as características sócio-culturais de cada indivíduo.

Estudo realizado por meio de envio de questionários a médicos brasileiros identificou que 60,0% destes profissionais acreditam que há maior adesão ao tratamento farmacológico em relação a outros tipos de tratamento. Apenas 8,0% dos médicos referem que há maior adesão ao tratamento não-farmacológico (MION JÚNIOR; PIERIN; GUIMARÃES, 2001). Este fato justifica a importância não só de estudos que busquem identificar a adesão ao tratamento farmacológico, mas também ao não-farmacológico.

Nesse sentido, a orientação quanto ao tratamento não-medicamentoso deve fazer parte das estratégias da unidade de saúde no acompanhamento de seus pacientes. Este estudo identificou uma baixa adesão à realização regular de atividade física (17,7%) e, uma vez que a atividade física é muito importante para o controle da hipertensão, cabe aos serviços adotar medidas para melhorar a adesão a esta prática. Segundo a Política Nacional de Promoção à Saúde, a oferta de práticas de atividade física, até mesmo a inclusão de pessoas com deficiência, deve fazer parte dos trabalhos efetuados pela rede básica de saúde, por meio do desenvolvimento de ações de aconselhamento sobre os benefícios de estilos de vida saudáveis, e a redução dos fatores de risco para doenças não-transmissíveis (BRASIL, 2006d).

Já com relação a mudanças na alimentação (69,1%), apesar de haver uma maior proporção de relatos quando comparamos com a adesão à atividade física (17,7%) e ao próprio tratamento medicamentoso (59,0%), percebe-se que a grande mudança ocorrida é a diminuição no consumo de sal. Restrição de outros alimentos que devem ser evitados foi referida por um pequeno número de hipertensos.

Situação preocupante é que apenas 3,6% dos entrevistados referiram utilizar alimentos protetores a riscos cardiovasculares, sendo que esta deveria ser uma situação freqüente entre indivíduos acometidos por problemas cardiovasculares. No entanto, deve-se salientar que o instrumento de coleta não apresentava ao hipertenso uma lista de mudanças na alimentação para o controle da hipertensão. Deste modo, presume-se que os indivíduos associam ao controle da hipertensão a diminuição de produtos de risco e não o consumo de alimentos protetores, como frutas, verduras e legumes, os quais normalmente fazem parte da dieta habitual da população.

No entanto, Sturmer e colaboradores (2006), avaliando indivíduos que referiram hipertensão em Pelotas (RS), verificaram que as recomendações de mudanças alimentares mais freqüentes dadas pelos médicos foram a redução da ingestão de sal e gorduras. Segundo Alves e Nunes (2006), na abordagem do paciente hipertenso, a recomendação quando à dieta se restringe à redução do consumo de sal e gorduras. Isto demonstra que as medidas não-farmacológicas ainda não estão totalmente incorporadas pelos serviços de saúde, especialmente pelos médicos.

São poucos os estudos que tentaram identificar a adesão à terapia não-medicamentosa entre pacientes hipertensos. Kyngäs e Lahdenperä (1999) encontraram boa adesão aos exercícios físicos em 54,0% dos hipertensos estudados na Finlândia. Nessa mesma pesquisa, 16,0% não aderiram aos exercícios. Em Francisco Morato (SP), uma investigação com usuários cadastrados nos programas de diabetes mellitus e hipertensão arterial do município verificou que 75,0% dos entrevistados não realizavam atividade física regular (PAIVA; BERSUSA; ESCUDER, 2006). Esse mesmo estudo identificou que 23,8% dos entrevistados não possuíam uma dieta adequada à sua condição.

Sturmer e colaboradores (2006), avaliando 380 indivíduos que referiram hipertensão em inquérito realizado em Pelotas (RS), identificaram uso de sal adicional na alimentação e consumo de gordura em excesso em 6,1% e 48,2% dos indivíduos, respectivamente.

Kyngäs e Lahdenperä (1999) verificaram que 30,0% dos pacientes finlandeses tinham boa adesão às recomendações quanto à dieta, e apenas 12,0% não aderiram a elas para controle da hipertensão arterial. Esse mesmo estudo identificou que 83,0% das mulheres seguiam uma dieta hipossódica, e apenas 17,0% dos homens haviam aderido a essa recomendação.

Molina e colaboradores (2003) identificaram maior consumo diário de sal em pacientes com níveis mais elevados da pressão arterial, apesar de os resultados não serem estatisticamente significativos. Esse estudo reforça a associação da alimentação com os níveis pressóricos, salientando que a restrição de produtos de risco contribui para seu controle ou que o maior consumo de sal está relacionado a não mudança de comportamentos, refletindo no aumento dos níveis pressóricos. Além disso, mudanças no estilo de vida também geram mais qualidade de vida, bem

como contribuem para o controle da diabetes e do colesterol elevado, também importantes fatores de risco para doenças cardiovasculares.

Neste estudo, identificamos três modalidades de adesão, que, preferencialmente, devem ser utilizadas simultaneamente para o controle da hipertensão arterial. Em alguns casos somente o tratamento não-medicamentoso é suficiente. No entanto, quanto se opta pelo medicamentoso, é imprescindível a associação com mudanças na alimentação e a realização regular de atividade física.

Grande parte dos hipertensos avaliados fazia uso de no máximo duas modalidades de adesão, considerando as três modalidades identificadas (farmacológica, atividade física e alimentação), com uma grande proporção de entrevistados aderentes a apenas uma modalidade. Esta situação reforça a necessidade de a equipe de saúde, através dos seus profissionais, dar especial atenção a estes indivíduos e a suas famílias, de modo a melhorar a adesão aos diferentes tipos de tratamento. Os altos níveis de não-adesão a quaisquer modalidades também justificam estratégias que reúnam os mais variados meios para estimular a aderência ao tratamento.

5.4 Fatores Associados à Adesão

5.4.1 Adesão ao tratamento não-farmacológico

Além de poucos estudos buscando identificar os fatores associados à adesão ao tratamento farmacológico da hipertensão arterial, são ainda mais escassos os trabalhos que detectaram fatores associados ao tratamento não-farmacológico. Mesmo assim, algumas considerações sobre os aspectos não-farmacológicos merecem ser destacadas.

Primeiro, a associação, encontrada nesta investigação, do sexo masculino com maiores proporções de atividade física regular. Apesar de não trabalharem com hipertensos, alguns autores têm identificado esta associação (PITANGA; LESSA, 2005; SALLES-COSTA et al., 2003). Salles-Costa e colaboradores (2003) salientam que um possível motivo para esta situação é a alta jornada de trabalho semanal das mulheres, incluindo as atividades domésticas, o que também pode justificar os achados do presente estudo.

Avaliando mulheres idosas de Florianópolis (SC), Mazo, Mota e Gonçalves (2005) verificaram que idosas mais ativas tinham mais energia para o dia-a-dia, boa capacidade de locomoção, satisfação com suas atividades de vida diária e trabalho, além de maior auto-estima. Isso sugere que, além de ajudar o controle da hipertensão (GOMES; SIQUEIRA; SICHIERI, 2001), a atividade física também contribui para melhora das condições físicas e psicológicas das mulheres, salientando a importância de estas orientações não se limitarem às conseqüências do sedentarismo, mas também aos benefícios da realização de atividade física.

A associação da adesão à atividade física regular à maior escolaridade pode estar relacionada ao fato de estes hipertensos terem mais acesso a serviços que disponibilizam práticas de atividade física. Pitanga e Lessa (2005), analisando indivíduos participantes de um projeto de doenças cardiovasculares e diabetes em Salvador (BA), verificaram que aqueles com maior escolaridade eram mais ativos que os de baixa escolaridade, concordando com os resultados do presente estudo; e destacam que pessoas com menos escolaridade têm menos oportunidades de desenvolver atividades físicas no lazer. Outros trabalhos também têm mostrado resultados semelhantes a este (GOMES; SIQUEIRA; SICHIERI, 2001; SALLES-COSTA et al., 2003).

Já com relação à associação entre adesão à realização de atividade física e presença de diabetes, deve-se destacar que indivíduos diabéticos têm as mudanças na alimentação e a realização atividade física como fundamentais para o controle dos níveis glicêmicos (FURTADO; POLANCZYK, 2007), o que talvez justifique o fato de estes serem mais aderentes à atividade física regular. A atividade física é considerada uma importante medida não-farmacológica no tratamento de doenças cardiovasculares, incluindo a hipertensão e diabetes (KRINSKI et al., 2006).

Ainda que este estudo não tenha identificado laboratorialmente os níveis de colesterol sangüíneo, sugere-se que a referência desta condição por parte dos hipertensos reflete que este exame possa ter se mostrado alterado em pelo menos um momento. Nesse sentido, a maior adesão à atividade física regular entre hipertensos que referiram não possuir colesterol elevado talvez se explique pelo fato de a realização de atividade física contribuir para a redução dos níveis de colesterol sangüíneo. Guedes e Gonçalves (2007) encontraram menores níveis de colesterol total e LDL em pacientes com prática habitual de atividade física mais ativa. Além disso, estudo com jovens diabéticos participantes de acompanhamento educativo da

Universidade Federal de São Paulo identificou que um programa de exercícios físicos melhora o perfil lipídico em curto prazo (KHAWALI; ANDRIOLO; FERREIRA, 2003).

A obesidade abdominal, revelada na presente investigação, associada à não-adesão à atividade física também foi identificada por Olinto e colaboradores (2006), que verificaram associação da elevada circunferência abdominal com a realização de atividade física de forma insuficiente, em estudo transversal no município de Pelotas (RS). Esta situação pode ser justificada pelo fato de a atividade física contribuir para a redução de peso e, conseqüentemente, da circunferência abdominal. Oliveira, Velásquez-Meléndez e Kac (2007), trabalhando com mulheres atendidas em centro de saúde de Belo Horizonte (MG), também encontraram associação da atividade física com a obesidade abdominal, de forma que a atividade física muito intensa no trabalho e lazer mostraram-se associadas com a menor prevalência de obesidade abdominal. Esses autores salientam que a maioria dos obesos tem limitações para a execução de atividade física de alta intensidade.

A realização de atividade física regular associada ao baixo peso/peso normal também foi encontrada por outros autores (CABRERA; JACOB FILHO, 2001; REZENDE et al., 2006), o que revela a importância da atividade física para a redução da obesidade. Contrastando com esta investigação, Santos e colaboradores (2005) analisaram amostra por conveniência de indivíduos dos Açores, Portugal, e detectaram maior prevalência de obesidade e sobrepeso identificados pelo IMC em indivíduos ativos, e justificam este achado pelo fato de um estudo transversal não permitir detectar se a atividade física é uma estratégia dos indivíduos mais pesados para redução do peso; porém, esses resultados não foram estatisticamente significativos.

A maior aderência à atividade física regular entre os hipertensos que realizam consultas e verificação da PA em menores intervalos de tempo pode indicar que o acesso e vínculo aos serviços e profissionais de saúde geram maior conhecimento do paciente sobre sua condição e, conseqüentemente, maior aderência ao tratamento, mesmo o não-farmacológico. Por outro lado, também pode indicar que indivíduos que se consultam ou verificam os seus níveis pressóricos com uma maior freqüência, provavelmente, estão mais preocupados com sua saúde e, portanto, tem maior aderência a hábitos de vida mais saudáveis, como a realização de atividade física.

Com relação à adesão a mudanças na alimentação, detectou-se menor índice de adesão entre os homens, quando comparados os sexos. Talvez isto se explique pelo fato de os homens, sendo parcela mais economicamente ativa da amostra estudada, estarem à mercê de alimentos prontos, fornecidos pelas empresas com as quais possuem vínculo empregatício, ou de produtos comprados em restaurantes/lanchonetes, o que não permite muita escolha do alimento a ser ingerido. Ademais, aqueles indivíduos que levam sua alimentação de casa não costumam incluir vegetais frescos, como saladas, pois estas podem não se conservar adequadamente após algumas horas em alta temperatura.

Outros trabalhos corroboram os resultados deste, como inquérito domiciliar realizado no município de São Paulo com indivíduos de 20 anos ou mais, o qual identificou melhor qualidade da dieta entre as mulheres que entre os homens, com resultados estatisticamente significativos (MORIMOTO et al., 2008). Em estudo de delineamento transversal realizado por Neumann e colaboradores (2007), em área urbana de São Paulo, houve um maior consumo de produtos aterogênicos (feijoada, porco, frango, lingüiça, ovos, bebidas alcoólicas e sal) entre os homens.

Embora se espere que indivíduos com menor escolaridade possam ter maior dificuldade de acesso a produtos com baixo teor de sódio e gorduras, em geral alimentos mais caros e muitas vezes de difícil conservação, como as frutas, verduras e legumes, o presente estudo não identificou esta relação, isto é, identificou-se a associação da adesão a mudanças na alimentação com a baixa escolaridade. Os hipertensos com baixa escolaridade podem cumprir com maior rigor as orientações médicas, além de a alta escolaridade sugerir maior inserção no mercado de trabalho, o que pode levar o indivíduo ao consumo de alimentos prontos, em restaurantes, de forma que há dificuldade de diminuir ou restringir o consumo de muitos produtos, como já comentado.

Divergindo deste trabalho, investigação realizada com funcionários públicos do município de São Paulo verificou que indivíduos com ensino fundamental consumiam mais alimentos de risco e, de modo inverso, aqueles com nível superior consumiam mais alimentos de proteção para doenças cardiovasculares (NEUMANN; SHIRASSU; FISBERG, 2006). Essa constatação corrobora o trabalho realizado por Lima-Costa (2004b), o qual identificou, em adultos da região metropolitana de Belo Horizonte (MG), que indivíduos com menor escolaridade consomem menos porções de frutas, verduras ou legumes que aqueles com maior escolaridade.

Detectou-se associação da adesão a mudanças na alimentação com a filiação a plano de saúde, e isto, conforme já discutido, pode ter relação com o maior acesso aos serviços privados de saúde, permitindo, talvez, atenção mais freqüente quanto não só às medidas farmacológicas, mas também às não-farmacológicas. Lima-Costa (2004a) identificou, entre indivíduos com plano de saúde, maior consumo diário de frutas, verduras e legumes frescos.

Além do mais, não se pode descartar, que indivíduos com maior acesso a plano de saúde e, provavelmente, com melhores condições de vida e escolaridade, podem estar mais esclarecidos quanto à importância de hábitos saudáveis de vida, incluída a alimentação, além da possibilidade de maior acesso a produtos mais saudáveis.

Sturmer e colaboradores (2006), apesar de não estudarem a associação entre acesso a plano de saúde com mudanças na alimentação, detectaram maior inadequação na dieta entre os indivíduos com menor renda familiar. Lima-Costa, Matos e Camarano (2006), analisando dados da PNAD de 1998 e 2003, verificaram em ambos os períodos maior porcentagem de filiação a plano de saúde entre os indivíduos de maior renda, sugerindo a possibilidade desta situação no presente estudo.

O tabagismo atual e o consumo regular de bebidas alcoólicas se mostraram associados com a não-adesão a mudanças na alimentação, o que talvez esteja relacionado ao fato de o tabagismo e o consumo de bebidas alcoólicas serem hábitos de difícil interrupção, mesmo que temporária. Mesmo que o tabagismo e o alcoolismo sejam classicamente conhecidos como condições deletérias à saúde (COSTA et al., 2004), os indivíduos têm dificuldade em suspender estas condutas, o que nos faz sugerir que também tenham mais dificuldades em modificar sua dieta em prol do controle da hipertensão.

Também verificamos que os pacientes que abandonaram o tratamento farmacológico são menos aderentes a mudanças na alimentação, ou seja, hipertensos total ou parcialmente aderentes aderem mais a mudanças na alimentação para o controle da hipertensão arterial. Certamente, a adesão envolve muitos aspectos, especialmente sociais e culturais, de forma que não basta a adequada orientação. É igualmente necessário que o paciente concorde com o tratamento, e para isso são necessárias estratégias que transponham a própria orientação. Desta forma, pacientes que não concordam em realizar o tratamento

medicamentoso podem, do mesmo modo, renunciar ao controle da hipertensão através da ingestão de alimentos protetores ou da redução no consumo de alimentos de risco cardiovascular.

Como na atividade física, hipertensos que realizam consultas e a verificação da PA em menores intervalos de tempo são mais aderentes a mudanças na alimentação, o que sugere, mais uma vez, que um melhor acesso aos serviços de saúde, indicado por uma maior freqüência de consultas e verificação da PA, melhora a adesão ao tratamento, tanto farmacológico como não-farmacológico. Além, é claro, destes indivíduos, por terem mais acesso aos serviços, também apresentarem, possivelmente, uma maior preocupação com seu estado de saúde.

5.4.2 Adesão ao tratamento farmacológico

Deve-se lembrar que na análise bi e multivariada da adesão ao tratamento farmacológico agruparam-se os não-aderentes e parcialmente aderentes na categoria "não-adesão" e os totalmente aderentes na categoria "adesão". Apesar da reunião de grupos aparentemente distintos, para esta análise considerou-se adesão como o cumprimento da prescrição médica, isto é, o hipertenso que foi classificado como parcialmente aderente e não-aderente foi julgado como não cumpridor da prescrição.

Apesar da não-associação da adesão ao tratamento farmacológico com o sexo, o valor de p se aproximou da significância estatística. A não-associação da adesão com o sexo foi observada por Hadi e Rostami-Gooran (2004), estudando hipertensos de Shiraz (Irã), e por Tuesca-Molina e colaboradores (2006), que estudaram hipertensos com 60 anos ou mais na Espanha. Porém, outros autores identificaram esta associação (FIRMO; BARRETO; LIMA-COSTA, 2003; SARQUIS et al., 1998; VAUR et al., 1999). Vaur e colaboradores (1999) detectaram que a associação da adesão com o sexo feminino se manteve na análise multivariada, destacando que as mulheres são mais acostumadas à ingestão regular de medicamentos, como terapias hormonais ou anticoncepcionais orais, o que favorece a adesão a outros tipos de tratamento.

Embora o presente estudo também não tenha identificado adesão ao tratamento farmacológico associada à escolaridade, investigação com hipertensos de 60 anos ou mais não-institucionalizados identificou associação da adesão à baixa

escolaridade, tanto entre os homens quanto entre as mulheres (TUESCA-MOLINA et al., 2006). Entretanto, esta associação não se manteve entre os homens na análise multivariada. Apesar de a maior escolaridade ter relação com melhor conhecimento sobre a hipertensão arterial, o que pode favorecer uma maior adesão ao tratamento, esses autores destacam que é possível a orientação médica ser mais aceita por pessoas de baixa escolaridade do que pelas de média e alta escolaridade.

Ao verificarmos que a raça/cor branca é mais aderente, destaca-se que os indivíduos da raça negra são mais susceptíveis a doenças cardiovasculares (CRUZ, 2006) e, devido a isso, a não-adesão ao tratamento aumentaria o risco deste grupo a estes eventos. Estudo realizado em Salvador (BA) identificou, entre indivíduos de pele negra, maiores proporções de múltiplos fatores de risco cardiovascular (LESSA et al., 2004), evidenciando a importância de maior ênfase ao controle da hipertensão neste grupo.

No presente trabalho também se mostrou associado à adesão ao tratamento farmacológico o mínimo de uma medida da pressão arterial ao mês. A verificação da PA pode aproximar ainda mais o paciente ao serviço de saúde, e esta situação pode gerar uma maior adesão ao tratamento medicamentoso, devido a esta maior relação com o serviço, além de os pacientes que verificam a pressão em intervalos menores poderem ter maior interesse no controle da hipertensão com a utilização correta dos anti-hipertensivos.

Os hipertensos com acesso a plano de saúde são mais aderentes ao tratamento farmacológico. Estes indivíduos podem, devido à filiação a plano de saúde, apresentar melhores condições financeiras e maior escolaridade, possibilitando maior conhecimento sobre a hipertensão e a importância do seu tratamento, melhorando assim a sua adesão, embora, conforme tratado anteriormente, a orientação médica poder ser mais aceita por indivíduos de baixa escolaridade.

Estudo transversal realizado na região metropolitana de Belo Horizonte (MG) identificou que uma maior proporção de pacientes filiados a plano privado de saúde realizava exames laboratoriais e determinação da pressão arterial em menores intervalos de tempo (LIMA-COSTA, 2004a). Esse estudo demonstra que o acesso aos serviços é maior entre pacientes com plano de saúde, e esta condição pode influenciar positivamente também na adesão ao tratamento anti-hipertensivo.

Também merece destaque o fato de os pacientes que referiram modificar a dieta devido à hipertensão arterial serem mais aderentes ao tratamento, sugerindo que pacientes preocupados com os aspectos relacionados a mudanças no estilo de vida, como a dieta, também podem se sentir assim com relação ao tratamento medicamentoso. Deve-se lembrar que a dieta e as mudanças na alimentação complementam o tratamento medicamentoso, merecendo a atenção dos serviços de saúde, tanto quanto a atividade física e a utilização dos medicamentos.

A presença da diabetes auto-referida associada a uma maior adesão ao tratamento farmacológico da hipertensão sugere que indivíduos portadores de diabetes, como provavelmente já fazem o controle dos níveis glicêmicos, podem estar mais acostumados à utilização de medicamentos para o seu controle, o que favorece também a utilização de medicamentos anti-hipertensivos. Ademais, a identificação da associação entre adesão ao tratamento farmacológico e infarto e AVC prévios, assim como a diabetes, também pode ser conseqüência de maior preocupação com seu estado de saúde, melhorando assim sua adesão ao tratamento. A associação da adesão com doenças prévias, inclusive com a história familiar de doenças cardiovasculares, foi também verificada por Yahya, Mehza e Ghareeb (2006), que estudaram hipertensos no Kuwait.

É importante enfatizar que, entre as variáveis associadas ao tratamento farmacológico da hipertensão arterial, a faixa etária, o trabalho remunerado, a ingestão de bebidas alcoólicas e a freqüência de consultas médicas mantiveram-se associadas à adesão após a análise de regressão logística multivariada.

Neste estudo, a maior faixa etária (50 a 79 anos) mostrou-se como condição associada à adesão ao tratamento farmacológico, isto é, indivíduos mais velhos tendem a aderir mais. Outros trabalhos encontraram também tal associação, como investigação com hipertensos de Shiraz (Irã), que verificou associação da adesão com a faixa etária de 50 anos ou mais (HADI; ROSTAMI-GOORAN, 2004). Estudo realizado com hipertensos de 18 anos ou mais de Marselha, França, identificou associação da adesão ao tratamento anti-hipertensivo com idade igual ou maior de 60 anos (VAUR et al., 1999). Na análise multivariada, essa associação também se manteve.

Contudo, Tuesca-Molina e colaboradores (2006), estudando espanhóis hipertensos com 60 anos ou mais não-institucionalizados, não encontraram associação da adesão com a faixa etária, em ambos os sexos. Esse achado pode

estar relacionado ao fato de esses hipertensos apresentarem faixa etária elevada, o que reforça que este grupo apresenta características próprias.

A adesão ao tratamento farmacológico também apresentou associação com a ausência de trabalho remunerado no modelo multivariado, ou seja, hipertensos com trabalho remunerado tendem a aderir menos. Essa situação também foi observada por estudo realizado na França, com hipertensos de 18 anos ou mais (VAUR et al., 1999). Já Hadi e Rostami-Gooran (2004), estudando hipertensos em clínica de centro de saúde do Irã, não encontraram associação da adesão com a situação de trabalho.

Indivíduos que possuem algum vínculo empregatício podem ter dificuldades de tomar medicamentos nos horários devidos, esquecerem-se de ingeri-los devido à rotina de trabalho ou mesmo por não transportá-los ao local de trabalho.

Além disso, a análise multivariada identificou associação do não consumo ou consumo irregular de bebidas alcoólicas com a adesão ao tratamento farmacológico, fazendo-nos refletir sobre a preocupante situação de pacientes com hipertensão que não tomam os medicamentos de maneira correta e ingerem bebidas alcoólicas, importante fator de risco para eventos cardiovasculares. Este achado salienta que as estratégias a serem utilizadas para o controle dos fatores de risco devem levar em consideração outros aspectos, como os socioculturais e simbólicos de cada paciente (CASTIEL, 1996).

A baixa freqüência ou o não-comparecimento a consultas médicas foi outra situação associada à não-adesão ao tratamento farmacológico, o que nos leva a salientar a importância da orientação que as consultas mais freqüentes podem proporcionar, e não de uma orientação única. É importante que esta orientação seja renovada periodicamente, evidenciando sempre os benefícios do tratamento da hipertensão para minimizar futuras complicações.

Coelho e colaboradores (2005) verificaram que os hipertensos classificados como assíduos às consultas eram mais aderentes ao tratamento medicamentoso e não-medicamentoso (90,9% e 62,7%, respectivamente). Os faltosos tinham aderência de 56,0% para o medicamentoso e 45,8% para o não-medicamentoso. Esse mesmo estudo identificou que entre os faltosos o descontrole da pressão arterial sistólica e diastólica era maior (76,0%), contra 45,0% dos assíduos.

Por fim, devemos destacar a importância do controle da hipertensão arterial para se minimizar futuros eventos cardiovasculares. Conforme identificado em

estudo realizado em ambulatório de referência para hipertensão arterial, as principais complicações da hipertensão nessa amostra foram: o acidente vascular cerebral, a hipertrofia vascular esquerda e a insuficiência renal. No total, 47,2% dos homens e 42,3% das mulheres apresentavam pelo menos uma destas complicações (NOBLAT et al., 2004). Nesse sentido, as ações de prevenção e controle da hipertensão arterial podem contribuir para a redução de taxas de internação por acidente vascular cerebral (AVC) e insuficiência cardíaca congestiva (ICC), conforme indicadores pactuados pela Relação de Indicadores da Atenção Básica (BRASIL, 2006e).

Considerando que aproximadamente 80,0% dos hipertensos da presente investigação têm faixa etária acima de 50 anos, devemos enfatizar as metas pactuadas pelo Pacto pela Vida (BRASIL, 2006f), no que tange a saúde do idoso, como a implementação da caderneta de saúde do idoso, permitindo seu melhor acompanhamento por parte dos profissionais da saúde; o acolhimento, visando ao enfrentamento das dificuldades de acesso; a atenção domiciliar, valorizando o ambiente domiciliar no processo de recuperação e seus benefícios para o idoso; e a assistência farmacêutica, não só oferecendo os medicamentos necessários, mas principalmente qualificando a dispensação e o seu acesso. O cumprimento destas metas, além de outras, pode contribuir decisivamente na melhoria da adesão ao tratamento anti-hipertensivo, minimizando o risco de eventos cardiovasculares futuros.

Além disso, para que as estratégias utilizadas na melhora da adesão ao tratamento tenham bons resultados, é importante considerar o hipertenso como um todo, afetado diretamente pelo meio social e cultural que o cerca. Desta forma, a construção deste processo não deve ser vista apenas no nível individual, mas num contexto que envolva a sociedade como um todo.

6. CONCLUSÕES

6.1 Caracterização da População

✓ Entre os entrevistados, a maior parte era do sexo feminino, tinha faixa etária de 50 a 79 anos e foi enquadrada na classe econômica C, D ou E. Em torno da metade dos hipertensos referiu ter no máximo terceira série (ensino fundamental) completa, e não possuir trabalho remunerado.

✓ Quanto ao estilo de vida, 16,9% dos hipertensos referiram ser fumantes atuais e 5,5% consumidores regulares de bebidas alcoólicas. A maioria (70,4%) referiu não realizar qualquer espécie de atividade física. Cerca de 23,0% dos entrevistados alegaram possuir diabetes e 28,6% colesterol elevado. A história familiar de infarto/AVC e hipertensão/diabetes foi referida por 30,9% e 73,8% dos hipertensos, respectivamente.

✓ A respeito da obesidade, as mulheres apresentaram RCQ e CA aumentadas em proporções muito superiores aos homens. Quanto ao IMC, 34,8% dos hipertensos foram enquadrados com obesidade e 40,6% com sobrepeso.

✓ Apenas 23,1% referiram acesso a plano de saúde, e a maioria (94,3%) dos entrevistados relatou utilizar a unidade de saúde da família. Níveis pressóricos abaixo dos limites recomendados foram identificados em cerca de metade dos hipertensos, e próximo de 75,0% dos pacientes referiram verificar a pressão arterial em intervalos máximos de um mês. Com relação a consultas médicas para o controle da hipertensão, pouco mais de 50,0% dos hipertensos relataram realizá-las em intervalos máximos de 12 meses.

6.2 Uso de Medicamentos

✓ Dentre os entrevistados, a maioria (84,2%) utiliza medicamentos para controle da hipertensão arterial e 8,3% referiram ter abandonado o tratamento. Considerando aqueles que utilizam medicamentos anti-hipertensivos, aproximadamente 80,0% os adquirem apenas na USF.

✓ Em torno de 80,0% dos hipertensos que referiram utilizar medicamentos anti-hipertensivos fazem uso de um ou dois destes medicamentos e a maioria utiliza no máximo dois medicamentos não anti-hipertensivos.

✓ Com relação aos medicamentos, os subgrupos mais utilizados foram: agentes que atuam no sistema renina-angiotensina, diuréticos e agentes betabloqueadores, sendo hidroclorotiazida, maleato de enalapril, captopril, propranolol e furosemida os medicamentos mais consumidos.

6.3 Adesão ao Tratamento Anti-Hipertensivo

✓ A adesão ao tratamento farmacológico foi identificada em 59,0% dos hipertensos. Foram citados como principais motivos para a não-adesão o esquecimento, achar que a PA está controlada, efeitos adversos e não ter sintomas.

✓ Quanto ao tratamento não-farmacológico, houve adesão à realização de atividade física regular por apenas 17,7% dos entrevistados, e a mudanças na alimentação por 69,1%. As principais mudanças na alimentação citadas pelos hipertensos foram: redução do consumo de sal, gorduras e frituras.

✓ A respeito das modalidades de adesão, os hipertensos se mostraram mais aderentes a “mudanças na alimentação e tratamento farmacológico” (34,1%) e a “mudanças na alimentação” (22,2%). A não-aderência a nenhuma destas três modalidades foi identificada em 12,6% (considerando apenas os hipertensos que deveriam tomar medicamentos) e em 26,2% (considerando todos os hipertensos e apenas as modalidades atividade física e alimentação).

6.4 Fatores Associados à Adesão

✓ Na análise bivariada mostraram-se associados significativamente à adesão ao tratamento farmacológico os seguintes fatores: a ausência de trabalho remunerado, a idade de 50 a 79 anos, a raça/cor branca, o acesso a plano de saúde, o não tabagismo ou ex-tabagismo, o não-consumo ou consumo irregular de bebidas alcoólicas, alterações na dieta, mínimo de uma consulta ao ano e uma medida da pressão arterial ao mês, a presença de diabetes, e infarto e AVC prévios.

✓ Quanto à adesão à prática de atividade física regular, houve associação desta condição ao sexo masculino, à maior escolaridade, à presença de diabetes, à ausência de colesterol elevado, à relação cintura-quadril e circunferência abdominal normais, ao peso baixo ou normal, ao mínimo de uma consulta ao ano e uma medida da pressão arterial ao mês.

- ✓ A adesão a alterações na alimentação mostrou-se associada significativamente ao sexo feminino, à baixa escolaridade, ao acesso a plano de saúde, ao não-tabagismo atual, ao não-consumo regular de bebidas alcoólicas, ao não-abandono do tratamento medicamentoso, ao mínimo de uma consulta ao ano e uma medida da pressão arterial ao mês.
- ✓ A regressão logística multivariada identificou a idade de 50 a 79 anos, a ausência de trabalho remunerado, o não-consumo ou consumo irregular de bebidas alcoólicas e consultar-se em intervalos máximos de um ano como fatores associados à adesão ao tratamento farmacológico da hipertensão arterial.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apenas 59,0% dos hipertensos se mostraram totalmente aderentes ao tratamento farmacológico, 69,1% a mudanças na alimentação e 17,7% à atividade física regular. Estes resultados denotam a importância de se estimular a adesão de modo geral, mas principalmente à atividade física regular. O incremento nos níveis de adesão pode contribuir diretamente no controle dos níveis pressóricos, conforme recomendação das Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, observado em apenas 48,6% dos hipertensos analisados.

Nesse sentido, para que o hipertenso cumpra os regimes terapêuticos propostos é necessário que este, além da observância da orientação profissional, se adapte a novas situações, como a tomada diária de medicamentos e mudanças de hábitos de vida. Para isso, é importante que o hipertenso tenha envolvimento com todo o processo, desde o conhecimento da hipertensão arterial, passando pelo tratamento propriamente dito, e também o conhecimento dos benefícios do cumprimento da terapia a que o mesmo foi submetido.

Deste modo, é indiscutível a importância de estudos que forneçam informações sobre a adesão ao tratamento anti-hipertensivo. Assim sendo, os resultados deste estudo permitem subsidiar administradores da saúde na identificação de grupos mais vulneráveis à não-adesão ao tratamento, de modo a implementarem políticas e práticas de saúde mais eficazes, além de contribuir para que outros estudos possam gerar mais conhecimento sobre todos os aspectos que envolvem a hipertensão arterial e a complexidade de seu controle.

Os fatores associados à adesão ao tratamento anti-hipertensivo identificados neste estudo podem contribuir para a adoção de estratégias de ordem individual e coletiva para o enfrentamento da hipertensão. A presença de obesidade, diabetes, colesterol elevado, além do infarto e AVC prévios foram condições que se mostraram associadas a algumas das modalidades de adesão. Além disso, percebemos que aqueles hipertensos que possuem hábitos mais saudáveis, como o não-tabagismo e a não-utilização regular de bebidas alcoólicas, são mais aderentes ao tratamento. Isto sugere que agravos ou condições prévias influenciam em mudanças de comportamentos e em um estilo de vida mais saudável, gerando também melhores níveis de adesão.

Neste contexto, é importante destacar que a Política Nacional de Promoção da Saúde (BRASIL, 2006d) priorizou, para o biênio 2006-2007, ações voltadas para incentivar hábitos como a alimentação saudável, prática de atividade física, prevenção e controle do tabagismo e do combate ao uso abusivo de álcool, entre outros. Estas ações podem contribuir para a mudança de comportamentos, o que sugere também melhora na adesão ao tratamento anti-hipertensivo. Ademais, é importante salientar que estas ações devem ser realizadas continuamente pelas equipes de saúde, com o intuito de garantir aos hipertensos integral assistência à saúde, deste a promoção até a recuperação da saúde.

Além disso, a verificação da pressão arterial e a busca por consultas médicas em menores intervalos de tempo associadas às três modalidades de adesão identificadas denotam a importância destas práticas para o melhor controle da hipertensão. Talvez, especialmente no que diz respeito às consultas, facilitar o acesso a estes pacientes ao acompanhamento médico possa contribuir para melhorar os níveis pressóricos.

E mais, considerando que as consultas estão relacionadas ao acesso aos serviços de saúde, um incremento no número de visitas domiciliares também pode melhorar a adesão. Ainda que o recebimento de visitas das equipes da Unidade não tenha se mostrado associado à adesão ao tratamento anti-hipertensivo, elas são imprescindíveis, e não devem se restringir à obtenção de informações, mas precisam gerar motivação ao hipertenso, no sentido da mudança de hábitos.

Para isso, são necessárias medidas não só para sensibilizar os grupos aqui identificados com menor adesão ao tratamento, mas também para a manutenção dos níveis pressóricos e para estimular uma boa adesão entre aqueles que se mostraram não-aderentes. Uma proposta que pode melhorar os níveis de adesão é a participação do hipertenso no planejamento de seu tratamento, dando-lhes mais responsabilidade por ele, o que possivelmente aumente seu cumprimento correto. E, ainda, a discussão de dúvidas e preocupações a respeito de seu problema com todos os envolvidos pode permitir a obtenção de melhores resultados da terapia recomendada.

A hipertensão, como a maioria das doenças crônicas, modifica o cotidiano dos indivíduos, ocasionando alterações no modo como estes indivíduos pensam, relacionam-se e agem. O auxílio no enfrentamento destas mudanças, especialmente o seu controle, transcende o individual. Nesse sentido, as equipes multiprofissionais,

em especial as equipes de saúde da família, são peças fundamentais para a melhora dos índices de adesão ao tratamento anti-hipertensivo.

A atuação dessas equipes permite uma maior interação com a comunidade e, conseqüentemente, com os hipertensos cadastrados, propiciando um maior contato com estes grupos mais vulneráveis, em especial os não-aderentes, gerando maior conhecimento sobre a hipertensão e os benefícios do seu controle e tratamento. Porém, é importante a inclusão nestas equipes de profissionais que lidem diretamente com as modalidades de adesão aqui identificadas: atividade física, hábitos alimentares e uso de medicamentos.

Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), criados pela Portaria nº 154 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2008), vêm com o objetivo de fortalecer as ações da atenção básica, com a inserção de profissionais de diferentes áreas de conhecimento, atuando em parceria com os das Equipes de Saúde da Família. Entre estes profissionais estão o farmacêutico, o professor de educação física e o nutricionista. A inserção destes profissionais pode facilitar a mudança de comportamento dos indivíduos, a partir de orientações mais detalhadas ou de práticas educativas em grupos, quanto à realização de atividade física, mudanças nos hábitos alimentares e utilização de medicamentos.

O professor de educação física pode prescrever exercícios de forma mais lúdica, favorecendo a adesão por parte da comunidade e dos grupos mais vulneráveis. O nutricionista pode promover ações relativas à alimentação saudável, contribuindo de maneira efetiva para a promoção da saúde e à segurança alimentar e nutricional. E o farmacêutico, como responsável pelo principal instrumento de controle da hipertensão, “o medicamento”, tem por principal objetivo, no seu trabalho, garantir à população o efetivo acesso aos medicamentos necessários e a promoção do seu uso racional, visando à obtenção de resultados que garantam a melhoria da qualidade de vida.

Por fim, as ações desenvolvidas por estes profissionais, entre outros, mais aqueles comumente presentes nas equipes multiprofissionais, devem respeitar as especificidades bio-psico-sociais de cada indivíduo, com uma ótica integral das ações prestadas. Desta forma, a orientação prestada não deve ser um mero instrumento de transmissão de informação, mas deve buscar a reflexão das práticas sociais, considerando as especificidades do indivíduo e de seu território em particular.

REFERÊNCIAS

AKASHI, D. et al. Tratamento anti-hipertensivo. Prescrição e custo de medicamentos. Pesquisa em hospital terciário. **Arq. bras. cardiol.**, São Paulo, v.71, n.1, p.55-57, jul. 1998.

ALVES, T.C.T.F.; WAJNGARTEN, M.; BUSATTO FILHO, G. Fatores de risco cardiovascular, declínio cognitivo e alterações cerebrais detectadas através de técnicas de neuroimagem. **Rev. psiquiatr. clín.**, São Paulo, v.32, n.3, p.160-169, maio/jun. 2005

ALVES, V.S.; NUNES, M.O. Educação em Saúde na atenção médica ao paciente com hipertensão arterial no Programa Saúde da Família. **Interface comum. saúde educ.**, Botucatu, v.10, n.19, p.131-147, jan./jun. 2006.

ANDRADE, J.P. et al. Aspectos epidemiológicos da aderência ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica. **Arq. bras. cardiol.**, São Paulo, v.79, n.4, p.375-379, out. 2002.

ARAÚJO, A.J. et al. Diretrizes para cessação do tabagismo. **J. bras. pneumol.**, São Paulo, v.30, supl.2, p.s3-s76, ago. 2004.

ARAUJO, J.C.; GUIMARÃES, A.C. Controle da hipertensão arterial em uma unidade de saúde da família. **Rev. saúde pública**, São Paulo, v.41, n.3, p.368-374, jun. 2007.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA. **CCEB – Critério de classificação econômica Brasil**. Disponível em: <www.abep.org/codigosguias/ABEP_CCEB.pdf>. Acesso em: 11 jan. 2008.

AZEVEDO, G.; MENDONÇA, S. Principais desafios para os inquéritos populacionais na organização de um sistema integrado de informação em saúde. **Ciênc. saúde coletiva,** Rio de Janeiro, v.11, n.4, p.874-876, out./dez. 2006.

BARBOSA, R.G.B.; LIMA, N.K.C. Índices de adesão ao tratamento anti-hipertensivo no Brasil e mundo. **Rev. bras. hipertens.**, Ribeirão Preto, v.13, n.1, p.35-38, jan./mar. 2006.

BEILIN, L.J.; PUDDEY, I.B.; BURKE, V. Lifestyle and hypertension. **Am. j. hypertens.**, New York, v.12, n.9, p.934-945, sep. 1999.

BORGES, P.C.S.; CAETANO, J.C. Abandono do tratamento da hipertensão arterial sistêmica dos pacientes cadastrados no Hiperdia/MS em uma unidade de saúde do município de Florianópolis-SC. **Arq. catarinenses medicina**, Florianópolis, v.34, n.3, p.45-50, jul./set. 2005.

BRASIL. Ministério da Educação. Lei no 9.394 de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria no 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 2008.

______. Portaria no 3.916, de 30 outubro 1998. Dispõe sobre a Política Nacional de Medicamentos. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 1998.

______. Portaria no 493/GM, de 10 de março de 2006. Aprova a Relação de Indicadores da Atenção Básica – 2006. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 2006e.

______. Portaria no 507, de 23 de abril de 1999. Publica a revisão da Relação nacional de Medicamentos Essenciais - RENAME, que acompanha esta Portaria. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 1999.

______. **Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – RENAME**, Brasília, DF, 2007.

______. Resolução no 338, de 06 de maio de 2004. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 2004b.

______. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Avaliação normativa do Programa Saúde da Família no Brasil: monitoramento da implantação e funcionamento das equipes de saúde da família: 2001-2002.** Brasília, DF, 2004a. 140p.

______. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde.** Brasília, DF, 2006a. 58p.

______. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica**. Brasília, DF, 2006b. 60p.

______. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Prevenção clínica de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais.** Brasília, DF, 2006c. 56p.

______. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Saúde da Família: ampliando a cobertura para consolidar a mudança do modelo de Atenção Básica. **Rev. bras. saúde mater. infant.**, Recife, v.3, n.1, p.113-125, jan./mar. 2003

______. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégias. **Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes *mellitus*: hipertensão arterial e diabetes *mellitus***. Brasília, DF, 2001. 102p.

______. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Política nacional de promoção da saúde**. Brasília, DF, 2006d. 60p.

______. Secretaria-Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. **Regulamento dos pactos pela vida e de gestão.** Brasília, DF, 2006f. 144p.

BUABENG, K.O.; MATOWE, L.; PLANGE-RHULE, J. Unaffordable drug prices: the major cause of non-compliance with hypertension medication in Ghana. **J. pharm. pharm. sci.**, Edmonton, v.7, n.3, p.350-352, set./dez. 2004.

BUSNELLO, R. et al. Características associadas ao abandono do acompanhamento de pacientes hipertensos atendidos em um ambulatório de referência. **Arq. bras. cardiol.**, São Paulo, v.76, n.5, p.349-351, maio 2001.

CABRAL, P.C. et al. Avaliação antropométrica e dietética de hipertensos atendidos em ambulatório de um hospital universitário. **Rev. nutr.**,Campinas, v.16, n.1, p.61-74, jan./mar. 2003.

CABRERA, M.A.S.; JACOB FILHO, W. Obesidade em idosos: prevalência, distribuição e associação com hábitos e co-morbidades. **Arq. bras. endocrinol. metab.**, São Paulo, v.45, n.5, p.494-501, out. 2001.

CARMO, E.H.; BARRETO, M.L.; SILVA JUNIOR, J.B. Mudanças nos padrões de morbi-mortalidade da população brasileira: os desafios para um novo século. **Epidemiol. serv. saúde,** Brasília, v.12, n.2, p.63-75, jun. 2003.

CARNEIRO, G. et al. Influência da distribuição da gordura corporal sobre a prevalência de hipertensão arterial e outros fatores de risco cardiovascular em indivíduos obesos. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v.49, n.3, p.306-311, jul./set. 2003.

CARVALHO, F.; TELAROLLI JUNIOR, R.; MACHADO, J.C.M.S. Uma investigação antropológica na terceira idade: concepções sobre a hipertensão arterial. **Cad. saúde pública** , Rio de Janeiro, v.14, n.3, p.617-621, jul./set. 1998.

CARVALHO, J.J.M. Aspectos preventivos em cardiologia. **Arq. bras. cardiol.**, São Paulo, v.50, n.1, p.59-67, jan. 1988.

CASTIEL, L.D. Força e vontade: aspectos teórico-metodológicos do risco em epidemiologia e prevenção do HIV/AIDS. **Rev. saúde pública**, São Paulo, v.30, n.1, p.91-100, fev. 1996.

CHOBANIAN, A.V. et al. The seventh report of the Joint National Committee on prevention, detection, evaluation, and treatment of high blood pressure. **JAMA**, Chicago, v.21, n.19, p.2560-2572, may 2003.

CHOR, D. Saúde pública e mudanças de comportamento: um questão contemporânea. **Cad. saúde pública**, Rio de Janeiro, v.15, n.2, p.423-425, abr./jun. 1999.

COELHO, E.B. et al. Relação entre a assiduidade às consultas ambulatoriais e o controle da pressão arterial em pacientes hipertensos. **Arq. bras. cardiol.**, São Paulo, v.85, n.3, p.157-161, set. 2005.

COELHO, E.B.; NOBRE, F. Recomendações práticas para se evitar o abandono do tratamento anti-hipertensivo. **Rev. bras. hipertens.**, Ribeirão Preto, v.13, n.1, p.51-54, jan./mar. 2006.

COLOMBO, R.C.R.; AGUILLAR, O.M. Estilo de vida e fatores de risco de pacientes com primeiro episódio de infarto agudo do miocárdio. **Rev. latinoam. enferm.**, Ribeirão Preto, v.5, n.2, p.69-82, abr. 1997.

CONILL, E. M. Políticas de atenção primária e reformas sanitárias: discutindo a avaliação a partir da análise do Programa Saúde da Família em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 1994-2000. **Cad. saúde pública**, Rio de Janeiro, v.18, supl. p.s191-s202, 2002.

CONTRERAS, E.M. et al. El incumplimiento terapéutico en el tratamiento de la hipertensión arterial em España. Análisis de los estudios publicados entre 1984 y 2001. **Hipertensión**, Madrid, v.19, n.1, p.12-16, jan. 2002.

COSTA, J.S.D. et al. Consumo abusivo de álcool e fatores associados: estudo de base populacional. **Rev. saúde pública**, São Paulo, v.38, n.2, p.284-291, abr. 2004.

______. Prevalência de hipertensão arterial em adultos e fatores associados: um estudo de base populacional urbana em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. **Arq. bras. cardiol.**, São Paulo, v.88, n.1, p.59-65, jan. 2007.

COSTA, J.S.D.; FACCHINI, L.A. Utilização de serviços ambulatoriais em Pelotas: onde a população consulta e com que freqüência. **Rev. saúde pública**, São Paulo, v.31, n.4, p.360-369, ago. 1997.

CRUZ, I.C.F. Saúde e iniqüidades raciais no Brasil: o caso da população negra. **Online braz. j. nurs.**, Niterói, v.5, n.2, 2006. Disponível em: <http://www.uff.br/objnursing/index.php/nursing/index>. Acesso em: 29 mar. 2008.

CRUZ, I.C.F.; SOBRAL, V.; PENA, A.A. Histórias de esquecimento brasileiro: considerações sobre os fatores de risco da hipertensão arterial em negros. **Rev. baiana de enferm.**, Salvador, v.11, n.1, p.75-85, 1998.

DATASUS. Ministério da Saúde. **Informações de Saúde:** mortalidade – Brasil. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sim/cnv/obtuf.def>. Acesso em: 04 dez. 2007.

______. **Informações de Saúde:** mortalidade – Paraná. Disponível em: < http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sim/cnv/obtpr.def>. Acesso em: 12 fev. 2008.

DELL'ACQUA, M.C.Q. et al. Comunicação da equipe multiprofissional e indivíduos portadores de hipertensão arterial. **Rev. latinoam. enferm.**, Ribeirão Preto, v.5, n.3, p.43-48, jul. 1997.

DÜSING, R. Adverse events, compliance, and changes in therapy. **Curr. hypertens. rep.**, Philadelphia, v.3, n.6, p.488-492, dec. 2001.

FEIJÃO, A.M.M. et al. Prevalência de excesso de peso e hipertensão arterial, em população urbana de baixa renda. **Arq. bras. cardiol.**, São Paulo, v.84, n.1, p.29-33, jan. 2005.

FIGUEIREDO, R.M. et al. Adesão de pacientes com aids ao tratamento com antiretrovirais: dificuldades relatadas e proposição de medidas atenuantes em um hospital escola. **Rev. latinoam. enferm.**, Ribeirão Preto, v.9, n.4, p.50-55, jul. 2001.

FIGUEIREDO, W. Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.10, n.1, p.105-109, jan./mar. 2005.

FIRMO, J.O.A.; BARRETO, S.M.; LIMA-COSTA, M.F. The Bambui Health and Aging Study (BHAS): factors associated with the treatment of hypertension in older adults in the community. **Cad. saúde pública**, Rio de Janeiro, v.19, n.3, p.817-827, mai./jun. 2003.

FREITAS, J.B. et al. Estudo transversal sobre o controle da pressão arterial no serviço de nefrologia da Escola Paulista de Medicina – UNIFESP. **Arq. bras. cardiol.**, São Paulo, v.79, n.2, p.117-122, ago. 2002.

FREITAS, O.C. et al. Prevalence of hypertension in the urban population of Catanduva, in the State of São Paulo, Brazil. **Arq. bras. cardiol.**, São Paulo, v.77, n.1, p.16-21, jul. 2001.

FUCHS, F.D. et al. Hipertensão arterial sistêmica: prevalência e mecanismos fisiopatogênicos. **Rev HCPA & Fac. Med. Univ. Fed. Rio Gd. do Sul**, Porto Alegre, v.25, n.3, p.36-40, dez. 2005.

FUCHS, F.D.; GUS, M.G.; MOREIRA, L.B. Hipertensão arterial sistêmica: estudos terapêuticos. **Rev HCPA & Fac. Med. Univ. Fed. Rio Gd. do Sul**, Porto Alegre, v.25, n.3, p.46-51, dez. 2005.

FURTADO, M.V.; POLANCZYK, C.A. Prevenção cardiovascular em pacientes com diabetes: revisão baseada em evidências. **Arq. bras. endocrinol. metab.**, São Paulo, v.51, n.2, p.312-318, mar. 2007.

GIATTI, L.; BARRETO, S.M. Saúde, trabalho e envelhecimento no Brasil. **Cad. saúde pública**, Rio de Janeiro, v.19, n.3, p.759-771, jun. 2003.

GOES, E.L.A.; MARCON, S.S. A convivência com a hipertensão arterial. **Acta sci.**, Maringá, v.24, n.3, p.819-829, jun. 2002.

GOMES, V.B.; SIQUEIRA, K.S.; SICHIERI, R. Atividade física em uma amostra probabilística da população do Município do Rio de Janeiro. **Cad. saúde pública**, Rio de Janeiro, v.17, n.4, p.969-976, jul./ago. 2001.

GONZÁLEZ, M.A. et al. Conocimientos, creencias y prácticas en pacientes hipertensos, relacionados con su adherencia terapéutica. **Rev. cuba. enferm.**, Habana, v.21, n.3, set./dic. 2005.

GUEDES, D.P.; GONÇALVES, L. A.V.V. Impacto da prática habitual de atividade física no perfil lipídico de adultos. **Arq. bras. endocrinol. metab.**, São Paulo, v.51, n.1, p.72-78, fev. 2007

GUEDES, D.P.; GUEDES, J.E.R.P. **Controle do peso corporal:** composição corporal, atividade física e nutrição. 2. ed. Rio de Janeiro: Shape, 2003, p.99-117.

GUS, I. et al. Prevalência, reconhecimento e controle da hipertensão arterial sistêmica no estado do Rio Grande do Sul. **Arq. bras. cardiol.**, São Paulo, v.5, n.83, p.424-428, nov. 2004.

GUS, M. et al. Associação entre diferentes indicadores de obesidade e prevalência de hipertensão arterial. **Arq. bras. cardiol.**, São Paulo, v.70, n.2, p.111-114, fev. 1998.

HADI, N.; ROSTAMI-GOORAN, N. Determinant factors of medication compliance in hypertensive patients of Shiraz, Iran. **Arch. iran. ed.**, Tehran, v.7, n.4, p.292-296, oct. 2004.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Cidades.** Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>. Acesso em: 30 nov. 2007.

JARDIM, P.C.B.V. et al. High blood pressure and some risk factors in a brazilian capital. **Arq. bras. cardiol.**, São Paulo, v.88, n.4, p.452-457, abr. 2007.

JARDIM, P.C.B.V.; SOUSA, A.L.L.; MONEGO, E.T. Atendimento multiprofissional ao paciente hipertenso. **Medicina**, Ribeirão Preto, v.29, n.2/3, p.232-238. abr./set. 1996.

KALACHE, A.; VERAS, R.P.; RAMOS, L.R. O envelhecimento da população mundial: um novo desafio. **Rev. saúde pública**, São Paulo, v.21, n.3, p.200-210, jun. 1987.

KASSOUF, A.L. Acesso aos serviços de saúde nas áreas urbana e rural do Brasil. **Rev. econ. sociol. rural**, Brasília, v.43, n.1, p.29-44, jan./mar. 2005.

KHAWALI, C.; ANDRIOLO, A.; FERREIRA, S.R.G. Benefícios da atividade física no perfil lipídico de pacientes com diabetes tipo 1. **Arq. bras. endocrinol. metab.**, São Paulo, v.47, n.1, p.49-54, fev. 2003.

KRINSKI, K. et al. Efeitos do exercício físico em indivíduos portadores de diabetes e hipertensão arterial sistêmica. **Revista Digital**, Buenos Aires, v., n.93, feb. 2006. Disponível em: <http://www.efdeportes.com/efd93/diabetes.htm>. Acesso em: 03 jan. 2008.

KYNGÄS, H.; LAHDENPERÄ, T. Compliance of patients with hypertension and associated factors. **J. adv. nurs.**, Oxford, v.29, n.4, p.832-839, apr. 1999.

LEAN, M.E.J.; HAN, T.S.; SEIDELL, J.C. Impairment of health and quality of life in people with large waist circumference. **Lancet**, London, v.351, n.9106, p.853-856, mar. 1998.

LEITE, S.N.; VASCONCELLOS, M.P.C. Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.8, n.3, p.775-782, jul./set. 2003.

LEMOS, D.M. et al. Redução quantitativa do risco cardiovascular no tratamento da hipertensão arterial em unidade do programa de saúde da família. **Rev. bras. hipertens.**, Ribeirão Preto, v.13, n.2, p.117-125, abr./jun. 2006.

LESSA, I. Epidemiologia das doenças crônicas não-transmissíveis. In: Lessa, I. (org.). **O adulto brasileiro e as doenças da modernidade.** Rio de Janeiro: HUCITEC, 1998. p.223-39.

LESSA, I. et al. Simultaneidade de fatores de risco cardiovascular modificáveis na população adulta de Salvador (BA), Brasil. **Rev. Panam. salud pública**, Washington, v.16, n.2, p.131-137, aug. 2004.

LESSA, I.; FONSECA, J. Raça, aderência ao tratamento e/ou consultas e controle da hipertensão arterial. **Arq. bras. cardiol.**, São Paulo, v.68, n.6, p.443-449, jun. 1997.

LIMA, M.A.D.S. et al. Acesso e acolhimento em unidades de saúde na visão dos usuários. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v.20, n.1, p.12-17, jan./mar. 2007.

LIMA-COSTA, M.F. A escolaridade afeta, igualmente, comportamentos prejudiciais à saúde de idosos e adultos mais jovens? – Inquérito de Saúde da Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Epidemiol. serv. saúde**, Brasília, v.13, n.4, p.201-208, dez. 2004b.

______. Estilos de vida e uso de serviços preventivos de saúde entre adultos filiados ou não a plano privado de saúde (inquérito de saúde de Belo Horizonte). **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.9, n.4, p.857-864, out./dez. 2004a.

LIMA-COSTA, M.F.; MATOS, D.L.; CAMARANO, A.A. Evolução das desigualdades sociais em saúde entre idosos e adultos brasileiros: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD 1998, 2003). **Ciênc. saúde coletiva,** Rio de Janeiro, v.11, n.4, p.941-950 out./dez. 2006.

LIMA-COSTA, M.F.; PEIXOTO, S.V.; FIRMO, J.O.A. Validade da hipertensão arterial auto-referida e seus determinantes (projeto Bambuí). **Rev. saúde pública**, São Paulo, v.38, n.5, p.637-642, maio 2004.

LOLIO, C.A. et al. Hipertensão arterial e possíveis fatores de risco. **Rev. saúde pública**, São Paulo, v.27, n.5, p.357-362, out. 1993.

LONDRINA. Prefeitura do Município. Autarquia Municipal de Saúde. **Centros de Saúde.** Disponível em: <http://www.londrina.pr.gov.br/saude>. Acesso em: 04 ago. 2007b.

______. Prefeitura do Município. Autarquia Municipal de Saúde. **Hipertensão arterial, diabetes e dislipidemia: protocolo**. 1. ed. – Londrina, PR, 2006a. 167p.

______. Prefeitura do Município. **Londrina – Perfil 2004.** Disponível em <http://arara.londrina.pr.gov.br/planejamento/perfil/perfil2004>. Acesso em: 04 ago. 2007a.

______. Sistema de Informação da Atenção Básica. **Indicadores/dados básicos para avaliação do nível de saúde entre unidades básicas:** região leste. Londrina, 2006b.

______. Sistema de Informação da Atenção Básica. **Indicadores/dados básicos para avaliação do nível de saúde entre unidades básicas:** região leste. Londrina, 2007c.

LUNA, E.J.A. A emergência das doenças emergentes e as doenças infecciosas emergentes e reemergentes no Brasil. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v.5, n.3, p.229-243, dez. 2002.

MANO, G.M.P.; PIERIN, A.M.G. Avaliação de pacientes hipertensos acompanhados pelo Programa Saúde da Família em um Centro de Saúde Escola. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v.18, n.3, p.269-275, jul./set. 2005.

MARCOPITO, L.F. et al. Prevalência de alguns fatores de risco para doenças crônicas na cidade de São Paulo. **Rev. saúde pública**, São Paulo, v.39, n.5, p.738-745, maio 2005.

MARIATH, A.B. et al. Obesidade e fatores de risco para o desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis entre usuários de unidade de alimentação e nutrição. **Cad. saúde pública**, Rio de Janeiro, v.23, n.4, p.897-905, abr. 2007.

MARÍN-REYES, F.; RODRÍGUEZ-MORÁN, M. Apoyo familiar em el apego al tratamiento de la hipertensión arterial esencial. **Salud publica Méx.**, Cuernavaca, v.43, n.4, p.336-339, jul./ago. 2001.

MARTINS, I.S. et al. Doenças cardiovasculares ateroscleróticas, dislipidemias, hipertensão, obesidade e diabetes melito em população de área metropolitana da Região Sudeste do Brasil. III – Hipertensão. **Rev. saúde pública,** São Paulo, v.31, n.5, p.466-471, out. 1997.

MAZO, G.Z.; MOTA, J.A.P.S.; GONÇALVES, L.H.T. Atividade física e qualidade de vida de mulheres idosas. **Rev. bras. ciên. do envelh. hum.**, Passo Fundo, v.2, n.1, p.115-118, jan./jun. 2005.

MION JÚNIOR, D.; PIERIN, A.M.G.; GUIMARÃES, A. Tratamento da hipertensão arterial – respostas de médicos brasileiros a um inquérito. **Rev. assoc. med. bras.**, São Paulo, v.47, n.3, p.249-254, jul./set. 2001.

MOLINA, M.C.B. et al. Hipertensão arterial e consumo de sal em população urbana. **Rev. saúde pública,** São Paulo, v.37, n.6, p.743-750, dez. 2003.

MONTEIRO, P.C. et al. Características biossociais, hábitos de vida e controle da pressão arterial dos pacientes de um programa de hipertensão. **Arq. ciênc. saúde**, São José do Rio Preto, v.12, n.2, p.73-79, abr./jun. 2005.

MORAES, S.E. Os buracos da lousa: reflexões sobre um tema de pesquisa. **Cad. pesqui.**, São Paulo, v.36, n.129, p.653-672, set./dez. 2006.

MOREIRA, T.M.M.; ARAÚJO, T.L. Sistema interpessoal de Imogene King: as relações entre pacientes com hipertensão não aderentes ao tratamento e profissionais de saúde. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v.15, n.3, p.34-43, jul./set. 2002.

______. Verificação da eficácia de uma proposta de cuidado para aumento da adesão ao tratamento da hipertensão arterial. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v.17, n.3, p.268-277, jul./set. 2004.

MORIMOTO, J.M. et al. Fatores associados à qualidade da dieta de adultos residentes na Região Metropolitana de São Paulo, Brasil, 2002 . **Cad. saúde pública**, São Paulo, v.24, n.1, p.169-178, jan. 2008.

MUXFELDT, E.S. et al. Demographic and clinical characteristics of hypertensive patients in the internal medicine outpatient clinic of a university hospital in Rio de Janeiro. **São Paulo med. J.**, São Paulo, v.122, n.3, p.87-93, maio 2004.

NEUMANN, A.I.C.P. et al. Padrões alimentares associados a fatores de risco para doenças cardiovasculares entre residentes de um município brasileiro. **Rev. panam. salud pública**, Washington, v.22, n.5, p.329-339, nov. 2007.

NEUMANN, A.I.C.P.; SHIRASSU, M.M.; FISBERG, R.M. Consumo de alimentos de risco e proteção para doenças cardiovasculares entre funcionários públicos. **Rev. nutr.**, Campinas, v.19, n.1, p.19-28, jan./fev. 2006.

NHS CENTRE FOR REVIEWS AND DISSEMINATION. Drug Treatment of Essential Hypertension in Older People. **Effectiveness matters**, York, v.4, n.2, oct. 1999. Disponível em: <http://www.york.ac.uk/inst/crd/pdf/em42.pdf>. Acesso em: 04 jan. 2008.

NOBLAT, A.C.B. et al. Complicações da hipertensão arterial em homens e mulheres atendidas em um ambulatório de referência. **Arq. bras. cardiol.**, São Paulo, v.83, n.4, p.308-313, out. 2004.

NUESCH, R. et al. Relation between insufficient response to antihypertensive treatment and poor compliance with treatment: a prospective case-control study. **Br. med. j.**, London, v.323, n.7305, p.142-146, jul. 2001.

OIGMAN, W. Métodos de avaliação da adesão ao tratamento anti-hipertensivo. **Rev. bras. hipertens.**, Ribeirão Preto, v.13, n.1, p.30-34. jan./mar. 2006.

OLINTO, M.T.A. et al. Níveis de intervenção para obesidade abdominal: prevalência e fatores associados. **Cad. saúde pública**, Rio de Janeiro, v.22, n.6, p.1207-1215, jun. 2006.

OLIVEIRA, E.O.; VELÁSQUEZ-MELÉNDEZ, G.; KAC, G. Fatores demográficos e comportamentais associados à obesidade abdominal em usuárias de centro de saúde de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Rev. nutr.**, Campinas, v.20, n.4, p.361-369, jul./ago. 2007.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Guia para boa prescrição médica.** Porto Alegre: ARTMED; 1998.

PAES, N.A.; SILVA, L.A.A. Doenças infecciosas e parasitárias no Brasil: uma década de transição. **Rev. panam. salud pública**, Washington, v.6, n.2, p.99-109, ago. 1999.

PAIVA, D.C.P.; BERSUSA, A.A.S.; ESCUDER, M.M.L. Avaliação da assistência ao paciente com diabetes e/ou hipertensão pelo Programa Saúde da Família do Município de Francisco Morato, São Paulo, Brasil. **Cad. saúde pública**, Rio de Janeiro, v.22, n.2, p.377-385, fev. 2006.

PALOTA, L. et al. A verificação da calibração dos manômetros e condições dos esfigmomanômetros aneróides: um programa de educação continuada para enfermeiros supervisores do Hospital de Base. **Arq. ciênc. saúde**, São José do Rio Preto, v.11, n.2, p.2-6, abr./jun. 2004.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. **Protocol for the Nutritional Management of obesity, diabetes and hypertension in the Caribbean**. Barbados, 2004.

PASSOS, V.M.A.; ASSIS, T.D.; BARRETO, S.M. Hipertensão arterial no Brasil: estimativa de prevalência a partir de estudos de base populacional. **Epidemiol. serv. saúde**, Brasília, v.15, n.1, p.35-45, mar. 2006.

PAULA, K.A.; PALHA, P.F.; PROTTI, S.T. Intersetorialidade: uma vivência prática ou um desafio a ser conquistado? O discurso do sujeito coletivo dos enfermeiros nos núcleos de Saúde da Família do Distrito Oeste – Ribeirão Preto. **Interface comum. saúde educ.**, Botucatu, v.8, n.15, p.331-348, mar./ago. 2004.

PEIXOTO, M.R.G.; BENÍCIO, M.H.D.A.; JARDIM, P.C.B.V. Validade do peso e da altura auto-referidos: o estudo de Goiânia. **Rev. saúde pública**, Rio de Janeiro, v.40, n.6, p.1065-1072, dez. 2006.

PEREIRA, M.G. Estrutura, vantagens e limitações dos principais métodos. In: PEREIRA, M.G. (org.). **Epidemiologia: teoria a prática.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995. p.289-306.

PEREIRA, M.R. et al. Prevalência, conhecimento, tratamento e controle de hipertensão arterial sistêmica na população adulta urbana de Tubarão, Santa Catarina, Brasil, em 2003. **Cad. saúde pública**, Rio de Janeiro, v.23, n,10, p.2363-2374, out. 2007.

PÉRES, D.S. et al. Dificuldades dos pacientes diabéticos para o controle da doença: sentimentos e comportamentos. **Rev. latinoam. enferm.**, Ribeirão Preto, v.15, n.6, p.1105-1112, nov./dez. 2007.

PESSUTO, J.; CARVALHO, E.C. Fatores de risco em indivíduos com hipertensão arterial. **Rev. latinoam. enferm.**, Ribeirão Preto, v.6, n.1, p.33-39, jan. 1998.

PIERIN, A.M.G. Adesão ao tratamento: conceitos. In: NOBRE, F.; PIERIN, A.M.G.; MION JÚNIOR, D. (org.). **Adesão ao tratamento: o grande desafio da hipertensão**. São Paulo: Lemos Editorial, 2001. p.23-33.

PIERIN, A.M.G.; STRELEC, M.A.A.; MION JÚNIOR, D. O desafio do controle da hipertensão arterial e a adesão ao tratamento. In: PIERIN, A.M.G. **Hipertensão arterial:** uma proposta para o cuidar. Barueri (SP): Manole, 2004. p.275-289.

PINHEIRO, R.S. et al. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.7, n.4, p.687-707, 2002.

PITANGA, F.J.G.; LESSA, I. Prevalência e fatores associados ao sedentarismo no lazer em adultos. **Cad. saúde pública**, Rio de Janeiro, v.21, n.3, p.870-877, maio/jun. 2005.

PRATA, P.R. A transição epidemiológica no Brasil. **Cad. saúde pública**, Rio de Janeiro, v.8, n.2, p.168-175, abr./jun. 1992.

RANGEL-S, M.L. Comunicação no controle de risco à saúde e segurança na sociedade contemporânea: uma abordagem interdisciplinar. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.12, n.5, p.1375-1385, set./out. 2007.

REHM, J. et al. Assessment methods for alcohol consumption, prevalence of high risk drinking and harm: a sensitivity analysis. **Int. j. epidemiol.**, London, v.28, n.2, p.219-224, apr. 1999.

REZENDE, F.A.C. et al. Índice de massa corporal e circunferência abdominal: associação com fatores de risco cardiovascular. **Arq. bras. cardiol.**, São Paulo, v.87, n.6, p.728-734, dez. 2006.

ROSINI, N.; MACHADO, M.J.; XAVIER, H.T. Estudo de prevalência e multiplicidade de fatores de risco cardiovascular em hipertensos do município de Brusque, SC. **Arq. bras. cardiol.**, São Paulo, v.86, n.3, p.219-222, mar. 2006.

SAAD, M.J.A.; ZANELLA, M.T.; FERREIRA, S.R.G. Síndrome metabólica: ainda indefinida, mas útil na identificação do alto risco cardiovascular. **Arq. bras. endocrinol. metab.**, São Paulo, v.50, n.2, p.161-162, abr. 2006.

SABRY, M.O.D.; SAMPAIO, H.A.C.; SILVA, M.G.C. Hipertensão e obesidade em um grupo populacional no Nordeste do Brasil. **Rev. nutr.**, Campinas, v.15, n.2, p.139-147, maio/ago. 2002.

SAKATA, K. et al. Estudo dos conhecimentos de pacientes com hipertensão, diabetes ou glaucoma sobre suas doenças. **Arq. bras. oftalmol.**, São Paulo, v.65, n.4, p.467-469, jul./ago. 2002.

SALLES-COSTA, R. et al. Gênero e prática de atividade física de lazer. **Cad. saúde pública**, Rio de Janeiro, v.19, supl.2, p.s325-s333, 2003.

SANCHEZ, C.G.; PIERIN, A.M.G.; MION JÚNIOR, D. Comparação dos perfis dos pacientes hipertensos atendidos em pronto-socorro e em tratamento ambulatorial. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v.38, n.1, p.90-98, jan./mar. 2004.

SANTOS, R. et al. Obesidade, síndrome metabólica e atividade física: estudo exploratório realizado com adultos de ambos os sexos, da Ilha de S. Miguel, Região Autônoma dos Açores, Portugal. **Rev. bras. educ. fís. esp.**, São Paulo, v.19, n.4, p.317-328, out./dez. 2005.

SARQUIS, L.M.M. et a. A adesão ao tratamento na hipertensão arterial: análise da produção científica. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v.32, n.4, p.335-353, dez. 1998.

SCHIMITH, M.D.; LIMA, M.A.D.S. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. **Cad. saúde pública**, Rio de Janeiro, v.20, n.6, p.1487-1494, nov./dez. 2004.

SCHRAMM, J.M.A et al. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.9, n.4, p.897-908, out./dez. 2004.

SCHROEDER, K. et al. Adherence to antihypertensive medication assessed by self-report was associated with electronic monitoring compliance. **J. clin. epidemiol.**, Oxford, v.59, n.6, p.650-651, jun. 2006.

SILVEIRA, L.M.C.; RIBEIRO, V.M.B. Grupo de adesão ao tratamento: espaço de “ensinagem” para profissionais de saúde e pacientes. **Interface comum. saúde educ.**, Botucatu, v.9, n.16, p.91-104, set./fev. 2004/2005.

SIMÃO, M. et al. Doenças cardiovasculares: perfil de trabalhadores do sexo masculino de uma destilaria do interior paulista. **Rev. eletrônica enferm.**, Goiânia, v.4, n.2, p.27-35, jul./dez. 2002. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista.htm>. Acesso em: 04 jan. 2008.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. **Arq. bras. cardiol.**, São Paulo, v.89, n.3, p.e24-e79, set. 2007.

SOUZA, J.J.G. **Hipertensão arterial referida e uso de anti-hipertensivos em adultos na cidade de São Paulo, 2003**: um estudo de base populacional. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). 2006. 112p. Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo. São Paulo, 2006.

SPOSITO, A.C. et al. IV Diretriz Brasileira sobre Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose: Departamento de Aterosclerose da Sociedade Brasileira de Cardiologia. **Arq. bras. cardiol.**, São Paulo, v.88, supl.1, p.s2-s19, abr. 2007.

STRELEC, M.A.A.M.; PIERIN, A.M.G.; MION JÚNIOR, D. A influência do conhecimento sobre a doença e a atitude frente à tomada dos remédios no controle da hipertensão arterial. **Arq. bras. cardiol.**, São Paulo, v.81, n.4, p.343-348, out. 2003.

STURMER, G. et al. O manejo não medicamentoso da hipertensão arterial sistêmica no Sul do Brasil. **Cad. saúde pública**, Rio de Janeiro, v.22, n.8, p.1727-1737, ago. 2006.

TAVARES, A. Biologia Molecular na Hipertensão Arterial. In: PRADO, F.C.; RAMOS, J.; VALLE, J.R. (org.). **Atualização Terapêutica - Manual Prático de Diagnóstico e Tratamento.** 22. ed. São Paulo: Artes Médicas, 2005. p.938-9.

TRINDADE, I.S. et al. Prevalência da Hipertensão Arterial Sistêmica na População Urbana de Passo Fundo (RS). **Arq. bras. cardiol.**, São Paulo, v.71, n.2, p.127-130, ago. 1998.

TUESCA-MOLINA, R. et al. Determinantes del cumplimiento terapêutico en personas mayores de 60 años en Espana. **Gac. sanit.**, Barcelona, v.20, n.3, p.220-227, maio/jun. 2006.

VASQUES, A.C.J. et al. Influência do excesso de peso corporal e da adiposidade central na glicemia e no perfil lipídico de pacientes portadores de diabetes mellitus tipo 2. **Arq. bras. endocrinol. metab.**, São Paulo, v.51, n.9, p.1516-1521, dez. 2007.

VAUR, L. et al. Use of electronic pill boxes to assess risk of poor treatment compliance: results of a large-scale trial. **Am. j. hypertens.**, New York, v.12, n.4, p.374-380, apr. 1999.

VIANA, A.L.D.; ELIAS, P.E.M. Saúde e desenvolvimento. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.12, supl. p.s1765-s1777, nov. 2007.

WETZELS, G. et al. Determinants of poor adherence in hypertensive patients: development and validation of the “Maastricht Utrecht Adherence in Hypertension (MUAH) – questionare”. **Patient educ. couns.**, Limerick, v.64, n.1-3, p.151-158, dec. 2006.

WHELTON, P.K. et al. Primary prevention of hypertension: Clinical and public health advisory from the National High Blood Pressure Education Program. **JAMA**, Chicago, v.288, n.15, p.1882-1888, oct. 2002.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Collaborating Centre for Drug Statistics Methodologhy and Nortic Council on Medicines. Guidelines for ATC classification**. Oslo; 2000b.

______. **Obesity: preventing and manging the global epidemic – report of a WHO consultation on obesity**. Geneva: WorldHealth Organization; 2000a.

XIMENES NETO, F.R.; MELO, J.R. Controle da hipertensão arterial na atenção primária em saúde – uma análise das práticas do enfermeiro. **Enfermería global**, Murcia, n.6, mayo 2005. Disponível em: <http://www.um.es/eglobal/6/06c06p.html>. Acesso em: 04 jan. 2008.

YAHYA, A.A.A.; MEHZA, A.M.A.; GHAREEB, H.A. Comparison of compliance versus non-compliance to anti-hypertensive agents in primary health care – an area based study. **Kuwait medical journal**, Safat, v.38, n.1, p.28-32, mar. 2006.

YIANNAKOPOULOU, E.C. et al. Adherence to antihypertensive treatment: a critical factor for blood pressure control. **Eur. j. cardiovasc. prev. rehabil.**, London, v.12, n.3, p.243-249, jun. 2005.

ZAITUNE, M.P.A. et al. Hipertensão arterial em idosos: prevalência, fatores associados e práticas de controle no município de Campinas, São Paulo, Brasil. **Cad. saúde pública**, Rio de Janeiro, v.22, n2, p.285-294, fev. 2006.

ZASLAVSKY, C.; GUS, I. Idoso. Doença cardíaca e comorbidades. **Arq. bras. cardiol.**, São Paulo, v.79, n.6, p.635-639, dez. 2002.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Instrumento de Coleta de Dados

DIGITADO 1ª ( ) 2ª ( )

FORMULÁRIO PARA COLETA DE DADOS

1. IDENTIFICAÇÃO

1.1 Nº ___ ___ ___	**1.2** NOME:	________________	
1.3 ENDEREÇO	________________		
1.4 ENTREVISTADOR	________________	**1.5** TELEFONE:	________
1.6 GÊNERO:	1☐ MASCULINO 2☐ FEMININO	**1.7** DATA DE NASCIMENTO:	____/____/______
1.8 O(A) SR(A) CONFIRMA TER PRESSÃO ALTA?	1☐ **SIM** 2☐ **NÃO**	**1.9** HÁ QUANTO TEMPO TEM PRESSÃO ALTA?	________________
# **1.10** O(A) SR(A), NOS ÚLTIMOS 30 MINUTOS:	1☐ **Fumou** 2☐ **Ingeriu bebidas alcoólicas** 3☐ **Tomou café** 4☐ **Realizou exercícios físicos**	**Se UMA destas respostas for positiva, efetuar as verificações da PA ao final da entrevista, com um intervalo de 1 minuto entre as medidas.**	
1.11 PRIMEIRA MEDIDA DA PRESSÃO ARTERIAL:	____________ **mmHg x** ____________ **mmHg**	☐ **Deitado(a)**	

2. HIPERTENSÃO

2.1 USO DE MEDICAMENTOS (Hipertensão)						
2.1.1 ATUALMENTE, o(a) Sr(a) toma algum remédio para controlar a pressão?	1☐ SIM 2☐ NÃO				Se **NÃO** ⇒ **2.1.6**	
2.1.2 Quais medicamentos* utiliza e como o(a) Sr(a) toma? *** Considerar todos os medicamentos de uso contínuo (para Hipertensão e outros)**	**Nº**	**Medicamento** (Nome genérico ou comercial)	**Dose** (mg/g)	**Vezes/ dia**	**Vezes/ semana**	
	1					
	2					
	3					
	4					
	5					
	6					
	7					
	8					

As questões sobre medicamentos, a partir de agora, são apenas referentes aos ANTI-HIPERTENSIVOS

2.1.3 Costuma tomar os REMÉDIOS para pressão alta **sempre** no mesmo horário?	1☐ **Sim ou na maioria das vezes** 2☐ **Às vezes** 3☐ **Não ou na minoria das vezes**	
2.1.4 O(A) Sr(a) foi orientado como devia tomar os remédios (por médico, enfermeira, farmacêutico ou outro)?	1☐ Sim 2☐ Não 3☐ Não lembra	
2.1.5. O(A) Sr(a) toma os remédios para pressão **"todos os dias"?** Ou às vezes deixa de tomá-los?	1☐ Sim, toma todos os dias 2☐ Não, às vezes deixa de tomá-los	Se **SIM** ⇒ **2.1.9** Se **NÃO** ⇒ **2.1.8**
2.1.6 Por que não toma remédio para pressão alta?	1☐ Médico não receitou 2☐ Prefere não tomar	Se **1** ⇒ **2.2**
2.1.7 Mas o(a) Sr(a) foi orientado a tomar remédios para pressão alta?	1☐ Sim 2☐ Não 3☐ Não lembra	

# **2.1.8** Por que **prefere não tomar** ou **não os utiliza todos os dias**?	01☐ Não tem sintomas 02☐ Só toma quando se sente mal 03☐ Efeitos Colaterais 04☐ Não quer tomar medicamentos pelo resto da vida 05☐ Não há medicamentos no POSTO DE SAÚDE 06☐ Não tem condições de comprar 07☐ Esquecimento 08☐ Achou que PA estava boa 09☐ Já sarou 10☐ Não foi orientado 11☐ Outros: ____________	**Anotar o motivo alegado pelo paciente:**

Se na questão **2.1.6** o paciente referiu que **PREFERE NÃO TOMAR,** pule agora para a questão **2.1.13**

2.1.9 Onde o(a) Sr(a) consegue seus medicamentos para Pressão Alta?	1☐ **Posto de Saúde** 2☐ **Posto de Saúde/Farmácia Privada** 3☐ **Farmácia Privada** 4☐ **Outro:** ____________	Se **NÃO PEGA NO "Posto de Saúde"** ⇒ **2.1.12**
2.1.10 Sempre têm estes remédios no Posto de Saúde?	1☐ Sim 2☐ Não 3☐ Às vezes	Se **SIM** ⇒ **2.1.13**
2.1.11 Quando NÃO têm no POSTO DE SAÚDE ou têm apenas ÀS VEZES, o que você faz?	1☐ Compra 2☐ Espera chegar 3☐ Empresta 4☐ Outros: ____________	
2.1.12 Qual seu gasto mensal com remédios para pressão alta?	____________	
2.1.13 Já teve algum problema ou desconforto que acha que foi devido aos remédios da pressão?	1☐ Sim 2☐ Não 3☐ Não lembra	Se **2** ou **3** ⇒ **2.1.15**
# **2.1.14** Qual(is) problema(a) ou desconforto(s)?	1☐ Dor de cabeça 2☐ Tontura 3☐ Fraqueza/Fadiga 4☐ Câimbras 5☐ Sonolência/Sedação 6☐ Inchaço nas pernas 7☐ Boca seca	8☐ Impotência 9☐ Insônia 10☐ Tosse seca 11☐ Outros: ____________
2.1.15 Alguém de sua família ou amigo orienta/acompanha/ incentiva o uso dos remédios para pressão alta?	☐ Sim ☐ Não	

2.2 CONTROLE DA HIPERTENSÃO ARTERIAL (Aferição e Consulta)

2.2.1 Normalmente, o(a) Sr(a) "mede" a pressão, para ver como ela está, de quanto em quanto tempo?	1☐ 1x/Semana 2☐ 2x/Semana 3☐ 3x/Semana 4☐ Diariamente 5☐ 1x/15 dias 6☐ 1x/mês 7☐ Outro: ____________ 8☐ Não MEDE

A questão 2.2.2 só deve ser respondida pelo paciente que referir verificar a pressão em intervalos diferentes, dependendo da situação. Caso contrário, pule para a questão 2.2.3

2.2.2 Quando o(a) Sr(a) não se sente bem, ou acha que a pressão pode estar alta, de quanto em quanto tempo a "mede"?	1☐ 1x/Semana 2☐ 2x/Semana 3☐ 3x/Semana 4☐ Diariamente 5☐ 1x/15 dias 6☐ Outro: ____________ 7☐ Não MEDE	
2.2.3 Costuma consultar com médicos para controle da pressão alta, de quanto em quanto tempo?	____________	Se **NUNCA** ⇒ **2.2.5**
2.2.4 As consultas que realiza para controle da pressão alta são, na maioria das vezes?	1☐ **Gratuitas (SUS)** 2☐ **Pagas (Privada)** 3☐ **Convênios (Plano de Saúde)** 4☐ **Outro:** ____________	

2.2.5 Já ficou internado ou teve que ir ao pronto-socorro ou ao PAM devido a algum problema com a pressão?	1☐ Sim 2☐ Não 3☐ Não lembra	Se **NÃO** ou **NÃO LEMBRA** ⇒ **2.2.7**
2.2.6 Quando ocorreu?	________________	
2.2.7 Já participou ou participa de palestras, cursos ou grupos de hipertensão?	1☐ Sim 2☐ Não 3☐ Não lembra	

2.3 ATIVIDADE FÍSICA			
2.3.1 Está fazendo alguma Atividade Física para ajudar no controle da Pressão?	1☐ Sim 2☐ Não		
# **2.3.2** Realiza qual destas atividades físicas? E com qual freqüência?	**ATIVIDADE**	**FREQUÊNCIA/SEMANA**	**TEMPO/ATIV.**
	1☐ Caminhada	1☐ 1 a 2 ☐ 3 ou + ☐Às vezes	**1**________
	2☐ Dança	2☐ 1 a 2 ☐ 3 ou + ☐Às vezes	**2**________
	3☐ Ginástica	3☐ 1 a 2 ☐ 3 ou + ☐Às vezes	**3**________
	4☐ Musculação	4☐ 1 a 2 ☐ 3 ou + ☐Às vezes	**4**________
	5☐ Fubetol/Vôlei/Basq.	5☐ 1 a 2 ☐ 3 ou + ☐Às vezes	**5**________
	6☐ Outras: ________	6☐ 1 a 2 ☐ 3 ou + ☐Às vezes	**6**________
	7☐ NÃO REALIZA		

2.4 DIETA ALIMENTAR		
2.4.1 Está fazendo alguma Dieta ou Cuidado com a Alimentação para ajudar no controle da Pressão?	1☐ Sim 2☐ Não	Se **NÃO** ⇒ **3.1**
# **2.4.2** Que tipo de modificação ou cuidado com a alimentação faz para controlar a pressão?	1☐ Diminuição do sal 2☐ Diminuição do consumo de doces 3☐ Diminuição do consumo de carnes vermelhas com gorduras e vísceras 4☐ Diminuição do consumo de frituras 5☐ Diminuição do consumo de gorduras 6☐ Outros: ________________	

3. ESTILO DE VIDA

3.1 O(A) SR(A) FUMA ou JÁ FUMOU?	1☐ Sim 2☐ Não 3☐ Já Fumei			Se **NÃO** ⇒ **3.2** Se **Já Fumei** ⇒ **3.1.3**
3.1.1 Quantos cigarros por dia?	________	**3.1.2** Fuma há quanto tempo?	________	**QUESTÃO** ⇒ **3.2**
3.1.3 Há quando tempo parou?	________________			
3.2 COSTUMA TOMAR BEBIDAS ALCOÓLICAS?	1☐ Sim 2☐ Não			Se **NÃO** ⇒ **3.3**
3.2.1 Se SIM, com qual freqüência:	1☐ Diariamente 3☐ 3 a 6 vezes/semana	2☐ 1 a 2 vezes/semana 4☐ Eventualmente		
# **3.2.2** Que tipo de bebida alcoólica?	**1☐ Cerveja/Chope** **2☐ Cachaça/Conhaque** **3☐ Uísque** **4☐ Vinho** **5☐ Batida/Caipira** **6☐ Outras:** ________________			

3.3 QUANTAS VEZES NA SEMANA INGERE ALIMENTOS EMBUTIDOS (salsicha, lingüiça, salame, mortadela)?	1☐ Diariamente 2☐ 1 a 2 vezes/semana 3☐ 3 a 6 vezes/semana 4☐ Eventualmente 5☐ NÃO INGERE
3.4 QUANTAS VEZES NA SEMANA INGERE ALIMENTOS ENLATADOS e CONVERVAS (ervilha, milho verde, palmito, azeitonas)?	1☐ Diariamente 2☐ 1 a 2 vezes/semana 3☐ 3 a 6 vezes/semana 4☐ Eventualmente 5☐ NÃO INGERE
3.5 QUANTAS VEZES NA SEMANA UTILIZA TEMPEROS INDUSTRIALIZADOS (tempero pronto, sazon, caldo de galinha ou carne, etc) NO PREPARO DOS ALIMENTOS?	1☐ Diariamente 2☐ 1 a 2 vezes/semana 3☐ 3 a 6 vezes/semana 4☐ Eventualmente 5☐ NÃO UTILIZA

3.6 SEGUNDA MEDIDA DA PRESSÃO ARTERIAL:	_____________ **mmHg x** _____________ **mmHg**	☐ **Deitado(a)**
3.7 FREQÜÊNCIA CARDÍACA:	___________________**/15 segundos**	

4. SITUAÇÃO DE SAÚDE AUTO-REFERIDA

4.1 O(A) SR(A) TEM DIABETES?	1☐ Sim 2☐ Não 3☐ Não sabe
4.2 TEM ASMA/BRONQUITE?	1☐ Sim 2☐ Não 3☐ Não sabe
4.3 TEM DOENÇA RENAL?	1☐ Sim 2☐ Não 3☐ Não sabe
4.4 TEM DOENÇA DO CORAÇÃO?	1☐ Sim 2☐ Não 3☐ Não sabe
4.5 TEM DEPRESSÃO?	1☐ Sim 2☐ Não 3☐ Não sabe
4.6 TEM INCHAÇO OU DORES NAS PERNAS?	1☐ Sim 2☐ Não
4.7 TEM COLESTEROL ALTO?	1☐ Sim 2☐ Não 3☐ Não sabe
4.8 O(A) SR(A) JÁ TEVE INFARTO?	1☐ Sim 2☐ Não
4.9 O(A) SR(A) JÁ TEVE DERRAME?	1☐ Sim 2☐ Não
APENAS PARA O SEXO FEMININO:	
4.10 FAZ USO DE ANTICONCEPCIONAL OU REPOSIÇÃO HORMONAL (Menopausa)?	1☐ Sim 2☐ Não 3☐ Não sei

4.11 NA FAMÍLIA (PAIS e IRMÃOS), JÁ HOUVE CASOS DE:
***Para INFARTO e DERRAME, considerar: HOMENS < 55 anos; MULHERES < 65 anos.**

Parentesco	**Pressão Alta**			**Diabetes**			**Infarto***			**DERRAME***		
	S	**N**	**NS**	**S**	**N**	**NS**	**S**	**N**	**NS**	**S**	**N**	**NS**
PAI												
MÃE												
IRMÃOS												

Legenda: S = Sim; N = Não; NS = Não sabe

5. ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE

5.1 POSSUI PLANO DE SAÚDE?	1☐ Sim 2☐ Não 3☐ Não sabe	
# **5.2** UTILIZA O POSTO DE SAÚDE?	1☐ **Sim, do próprio bairro** 2☐ **Sim, de outro bairro** 3☐ **Não**	Se **NÃO ⇒ 5.3**
5.2.1 Como considera o atendimento?	1☐ **Ótimo** 2☐ **Bom** 3☐**Regular** 4☐ **Ruim** 5☐ **Péssimo**	
5.2.2 Tem facilidade para marcar CONSULTAS?	1☐ **Sim** 2☐ **Não** 3☐ **Regular (mais ou menos)** 4☐ **Não utiliza para Consultas**	
5.2.3 Tem facilidade para obter MEDICAMENTOS?	1☐ **Sim** 2☐ **Não** 3☐ **Regular (mais ou menos)** 4☐ **Não utiliza para Medicamentos**	
5.3 O(A) SR(A) RECEBE VISITAS DAS EQUIPES DO POSTO DE SAÚDE?	1☐ Sim 2☐ Não	

6. DADOS SÓCIO-ECONÔMICOS E DEMOGRÁFICOS

6.1 QUAL O SEU ESTADO CIVIL?	1☐ Solteiro(a) 2☐ Casado(a) 3☐ Separado/Divorciado(a)	4☐ Viúvo(a) 5☐ União Consensual
6.2 RAÇA/COR:	1☐ **Branca** 2☐ **Preta/Negra** 3☐ **Parda** 4☐ **Indígena** 5☐ **Amarela** 6☐ **Outra:**________________	
6.3 QUAL É A ÚLTIMA SÉRIE QUE O SR(A) ESTUDOU?	________________	________________
# **6.4** SITUAÇÃO DE TRABALHO:	1☐ **Trabalho Remunerado** 2☐ **Trabalho Informal (Bico)** 3☐ **Desempregado(a)** 4☐ **Aposentado(a)** 5☐ **Trabalho Doméstico** 6☐ **Não Trabalha**	Se **1, 2, 3, 4 e 6 ⇒ 6.6**
# **6.5** QUE TIPO DE TRABALHO DOMÉSTICO REALIZA?	1☐ Limpar a casa 2☐ Lavar roupa 3☐ Lavar ambiente externo 4☐ Outro: ________________	
6.6 RENDA FAMILIAR:	________________	
6.7 TIPO DE RESIDÊNCIA:	1☐ **Alvenaria** 2☐ **Madeira** 3☐ **Outros:** ________________	
6.8 TIPO DE INSTALAÇÃO SANITÁRIA	1☐ **Sistema de Esgoto** 2☐ **Fossa** 3☐ **Céu Aberto**	
6.9 DESTINO DO LIXO:	1☐ **Coleta Pública** 2☐ **Queimado/Enterrado** 3☐ **Céu Aberto**	
6.10 ABASTECIMENTO DE ÁGUA:	1☐ **Rede Pública** 2☐ **Poço ou nascente** 3☐ **Outros**	

7. CLASSIFICAÇÃO ECONÔMICA (ABEP – CCEB)

POSSE DE ITENS	Não Tem	Tem 1	Tem 2	Tem 3	Tem 4
Televisão em cores	**0**	**2**	**3**	**4**	**5**
Rádio	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**
Banheiro	**0**	**2**	**3**	**4**	**4**
Automóvel	**0**	**2**	**4**	**5**	**5**
Empregada mensalista	**0**	**2**	**4**	**4**	**4**
Aspirador de Pó	**0**	**1**	**1**	**1**	**1**
Máquina de Lavar	**0**	**1**	**1**	**1**	**1**
Vídeo cassete e/ou DVD	**0**	**2**	**2**	**2**	**2**
Geladeira	**0**	**2**	**2**	**2**	**2**
Freezer (separado ou duplex)	**0**	**1**	**1**	**1**	**1**

GRAU DE INSTRUÇÃO DO CHEFE DA FAMÍLIA	
Analfabeto/primário incompleto	**0**
Primário Completo/ginasial incompleto	**1**
Ginasial completo/colegial incompleto	**2**
Colegial completo/superior incompleto	**3**
Superior completo	**5**

TOTAL ABEP	

8. Outros

8.1 QUAL O SEU PESO (kg)?	___	**8.2** QUAL É A SUA ALTURA (m)?	___
8.3 O(a) Sr(a) conhece os problemas que a Pressão Alta pode causar?	1☐ Sim 2☐ Não	Se **NÃO ⇒ 8.5**	
8.4 Qual(is)?	___		
# **8.5** Durante a greve dos funcionários do Posto de Saúde (ano passado), teve alguma dificuldade no controle da pressão?	1☐ **Aquisição de medicamentos** 2☐ **Marcação de consultas** 3☐ **Realização de exames** 4☐ **Outro:** ___ 5☐ **Não**		
8.6 CINTURA:	___ **cm**	**8.7** QUADRIL:	___ **cm**

Data da **1º Visita**: ___/___/___; Horário: ____:____; Dia da semana: ___
☐ Entrevistado ☐ Não(motivo):___

Data da **2º Visita**: ___/___/___; Horário: ____:____; Dia da semana: ___
☐ Entrevistado ☐ Não(motivo):___

Data da **3º Visita**: ___/___/___; Horário: ____:____; Dia da semana: ___
☐ Entrevistado ☐ Não(motivo):___

Data da **4º Visita**: ___/___/___; Horário: ____:____; Dia da semana: ___
☐ Entrevistado ☐ Não(motivo):___

Melhor horário/dia para a próxima visita (a partir da primeira): ___

NO CASO DE PERDA OU EXCLUSÃO

MOTIVO DA PERDA:	1☐ Não Encontrado em quatro tentativas 2☐ Recusa 3☐ Outro	MOTIVO DA EXCLUSÃO:	1☐ Idade inadequada 2☐ Não morador do bairro 3☐ Capacidade física e cognitiva que impossibilitou a entrevista 4☐ Tempo de hipertensão menor que 6 (seis) meses 5☐ Óbito 6☐ Outro

OBS.: Lembrem-se que as respostas de uma questão em **NEGRITO** indicam que elas devem ser listadas ao paciente; e quando precedido à questão houver o símbolo **#**, indica que a questão aceita mais de uma resposta.

APÊNDICE B – Manual de Instruções

Universidade Estadual de Londrina

Centro de Ciências da Saúde

Mestrado em Saúde Coletiva

Manual de Instruções

Mestrado em Saúde Coletiva/2006 – 2007

Janeiro de 2007

1. PARTICIPANTES DO PROJETO

NOME	E-MAIL
Edmarlon Girotto	eddieuel@yahoo.com.br
Selma Maffei de Andrade	semaffei@sercomtel.com.br
Viviane Dalto	vividalto_enf@hotmail.com
Francielli Chiavelli Chiaratti	fchiaratti@yahoo.com.br
Eliane Ridão	lilizinha002@hotmail.com
Edilson Augusto Alves de Amorin Pereira	dilso_med@hotmail.com
Ana Maria Enrich	anaemrich@hotmail.com
Marcela Correa Barbosa	maraboni@hotmail.com
Marcos A. Sarriá Cabrera	marcoscabrera@uol.com.br

2. CONTATO INSTITUCIONAL

Universidade Estadual de Londrina

Centro de Ciências da Saúde

Mestrado em Saúde Coletiva

Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva (NESCO)

Avenida Robert Kock, nº 60 – Vila Operária

Fone/Fax: (43) 3337-5115

Contato: Sandra Lage – Secretária

e-mail: nesco@uel.br

3. ESCALA DE REUNIÕES COM COORDENADOR DO PROJETO

A cada quinze dias, com datas e horários a confirmar, haverá reuniões entre os participantes do projeto, durante as quais cada entrevistador deverá entregar todos os formulários completos, solicitar mais material, solucionar dúvidas e problemas que tenham surgido durante as semanas anteriores, e receber novas orientações para prosseguir com o trabalho de campo.

4. ORIENTAÇÕES GERAIS

4.1. INTRODUÇÃO

O manual de instruções serve para esclarecer suas dúvidas. **DEVE ESTAR SEMPRE COM VOCÊ.** Erros no preenchimento do formulário poderão indicar que você não consultou o manual. **RELEIA O MANUAL PERIODICAMENTE.** Evite confiar excessivamente na própria memória.

LEVE SEMPRE COM VOCÊ:

- Crachá e carteira de identidade;
- Jaleco;
- Carta de apresentação do Programa de Mestrado em Saúde Coletiva;
- Manual de instruções;
- Formulários;
- Termo de consentimento livre e esclarecido;
- Lápis, borracha, apontador, prancheta e sacos plásticos.

OBS: Levar o material para o trabalho de campo em número maior que o estimado.

4.2 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO NO ESTUDO

Serão incluídos no estudo os indivíduos hipertensos com 20 anos até 79 anos, residentes na área de abrangência da Unidade Básica de Saúde Vila Ricardo, sorteados aleatório e sistematicamente, categorizados por sexo e faixa etária.

4.3 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO NO ESTUDO

Todas as pessoas menores de 20 anos ou maiores de 79 anos hipertensos ou aqueles que não referirem hipertensão no ato da visita, ou referirem há menos de 6 (seis) meses.
Também serão consideradas **EXCLUSÕES** todas as situações em que o entrevistado não responder o formulário por outros motivos que não seja recusa. Por exemplo, uma pessoa impossibilitada de falar, doente no momento da entrevista, entre outros. **LEMBRANDO: PACIENTES QUE POSSUAM TAIS DIFICULDADES, MAS POSSUEM ACOMPANHANTE OU CUIDADOR QUE POSSA RESPONDER AS QUESTÕES PELO HIPERTENSO DEVERÁ PARTICIPAR DO ESTUDO.**

5. ETAPAS DO TRABALHO DE CAMPO

5.1. RECONHECIMENTO DA REGIÃO

Em caso de dúvidas com relação à região onde será desenvolvido o estudo, basta checar o mapa fornecido com todas as ruas da área. Ainda existindo dúvidas, favor entrar em contato com o responsável pelo estudo. Todos os entrevistadores deverão estar em dupla para a realização da coleta de dados, podendo, eventualmente, se separar caso os domicílios a serem pesquisados forem próximos um do outro.

5.2. PLANILHA DE HIPERTENSOS

- Os entrevistadores receberão periodicamente planilhas (listagens) com os hipertensos que deverão ser entrevistados. Esta planilha conterá as seguintes informações:
    1. Número do Paciente
    2. Nome do Paciente
    3. Gênero
    4. Endereço
    5. Data de Nascimento
    6. Telefone (para a maioria dos pacientes)
    7. Dia da semana e horário preferencial para entrevista

Este dia e horário permitirá ao entrevistador ter mais garantia da presença do paciente em seu domicílio, diminuindo assim, o número de perdas.

5.3 ENTREVISTA

Apresentamos em seguida orientações gerais sobre como abordar e entrevistar. Elas são importantíssimas, são o código de conduta do entrevistador. Informações específicas são apresentadas mais adiante.

- Quando chegar à frente da casa a ser visitada, o(a) entrevistador(a) deve bater e sempre aguardar que alguém apareça para recebê-lo(a). Se necessário, bater palmas e/ou pedir ajuda aos vizinhos para chamar o morador da casa. Em situações em que o morador esteja ausente no momento da entrevista, pergunta-se até a dois vizinhos qual o melhor horário para encontrá-lo em casa e o **telefone**. Assim, o(a) entrevistador(a) deverá voltar outro dia e horário (dependendo das informações prestadas pelos vizinhos) para nova tentativa. A entrevista pode ser agendada com os moradores, através do telefone (disponível em algumas listagens ou solicitado aos vizinhos).

- Procure apresentar-se de uma forma simples, limpa e sem exageros. Tenha bom senso no vestir. Se usar óculos escuros, retire-os ao abordar um domicílio. Não masque chicletes, nem coma ou beba algum alimento durante a entrevista. **Nem pense em fumar quando estiver fazendo contato ou entrevistando qualquer morador, mesmo que este fume e lhe ofereça.**

- Use sempre seu crachá de identificação e jaleco. Se necessário mostre sua carta de apresentação.

- Informe os objetivos da pesquisa e diga ao paciente que durante a entrevista são verificadas a **pressão arterial** e **freqüência cardíaca**, bem como serão feitas **medidas da cintura (barriga) e quadril**. Obtenha o consentimento verbal da pessoa para iniciar a entrevista. Não peça que o entrevistado assine o Termo de Consentimento no início da pesquisa, apenas fale a respeito no final da entrevista.

- **Seja sempre gentil e educado, pois as pessoas não têm obrigação de recebê-lo. A primeira impressão causada na pessoa que o recebe é muito importante.**

- No primeiro contato deixe claro logo de saída que você faz parte de um projeto de pesquisa da Universidade Estadual de Londrina, e que quer apenas conversar. É importante ressaltar que você não quer vender nada.

- Trate os entrevistados adultos por Sr e Sra, sempre com respeito. Só mude este tratamento se o próprio pedir para ser tratado de outra forma.

- Chame o entrevistado sempre pelo nome (por ex. Dona Maria, Seu José), assim como as crianças. Jamais chame alguém de tio, tia, vô, vó, mãe, etc. Isto é sempre interpretado como desinteresse pela pessoa.

- Durante a entrevista, de vez em quando, faça referência ao nome do entrevistado. É uma forma de ganhar a atenção e manter o interesse do entrevistado. Por exemplo: “Dona Maria, agora vamos falar sobre...” e não simplesmente “Agora vamos falar sobre...”.

- “**Nunca demonstre censura, aprovação ou surpresa diante das respostas.** Lembre-se que o propósito da entrevista é obter informações e não transmitir ensinamentos ou influenciar conduta nas pessoas. A postura do entrevistador deve ser sempre **neutra** em relação às respostas”.

- Leia as perguntas para o entrevistado. Se necessário e conveniente, explique o conteúdo da questão do modo que você achar mais adequado para o entrevistado entender, só não se esqueça de evitar surpresa ou influenciamento das respostas.

- Dê ao paciente o Termo de Consentimento para que seja assinado e informe que isto é apenas um requisito da pesquisa, garantindo a ele o sigilo de todas as informações colhidas. Lembre à pessoa que ela tem o telefone do responsável pela Pesquisa no Termo de Consentimento e poderá ligar para sanar qualquer dúvida. **O TERMO DE CONSENTIMENTO SÓ DEVERÁ SER ENTREGUE PARA ASSINATURA NO FINAL DA ENTREVISTA.**

- **ENTRE EM CONTATO COM O RESPONSÁVEL PELA PESQUISA SEMPRE QUE TIVER DÚVIDAS.**

- **Seja sempre pontual nas entrevistas agendadas.**

- Não saia de casa sem ter material suficiente para o trabalho a ser realizado no dia, sempre com alguma folga para possíveis eventos desfavoráveis.

- Mantenha a mão, o seu **Manual de Instruções** e consulte se necessário, durante a entrevista**.**

5.4. PREENCHIMENTO DOS FORMULÁRIOS

- Cuide bem de seus formulários. Use sempre a prancheta na hora de preencher as respostas.
- Posicione-se de preferência frente a frente com a pessoa entrevistada, evitando que ela procure ler as questões durante a entrevista.
- Os formulários devem ser preenchidos a lápis e com muita atenção, usando borracha para as devidas correções. Em casa, faça a checagem dos formulários preenchendo a caneta.
- As letras e números devem ser escritos de maneira **absolutamente legível**, sem deixar margem para dúvidas. Lembre-se! Tudo isto vai ser relido e digitado. De preferência, use letra de forma.
- Em especial, o **l** não tem aba, nem pé. Faça um cinco bem diferente do nove! O oito são duas bolinhas.
- **Nunca** deixe **nenhuma** resposta em branco, a não ser as dos pulos indicados no formulário. Faça um risco diagonal no bloco ou questão que está sendo pulada e siga em frente. ***Lembre-se que, no caso de uma pergunta sem resposta, você terá que voltar ao local da entrevista***.
- Não use abreviações ou siglas, a não ser que tenham sido fornecidas pelo manual.
- Datas devem aparecer sempre na ordem: dia - mês - ano e todos os espaços devem ser preenchidos. Para datas anteriores ao dia e mês 10, escreva o número precedido de 0 (zero). Exemplo: **0**2 / **0**4 / 1982.
- Nunca passe para a próxima pergunta se tiver alguma dúvida sobre a questão que acabou de ser respondida. Se necessário, peça para que se repita a resposta. Não registre a resposta se não estiver **absolutamente** seguro de ter entendido o que foi dito pelo(a) entrevistado(a).
- Preste muita atenção para **não pular** nenhuma pergunta, nenhum espaço. Ao final de cada página do formulário, procure verificar se todas as perguntas da página foram respondidas.

- **Nunca** confie em sua memória e não deixe para registrar nenhuma informação depois da entrevista. Não encerre a entrevista com dúvidas ou espaços ainda por preencher.
- Quando você tiver dúvida sobre a resposta ou a informação parecer pouco confiável, tentar esclarecer com o respondente, e se necessário, anote a resposta por extenso e apresente o problema ao responsável.
- **Use o pé da página, ou o verso, para escrever tudo o que você acha que seja importante para resolver qualquer dúvida. Na hora de discutir com o responsável estas anotações são muito importantes.**
- Caso a resposta seja “OUTRO”, especificar o que foi respondido no espaço reservado, segundo as palavras do informante, quando este espaço existir.

5.5 RECUSAS

- Em caso de recusa, anotar na folha de hipertensos. Porém, **NÃO desistir antes de duas tentativas em dias e horários diferentes**, pois, a recusa será considerada uma perda, não havendo a possibilidade de substituí-la por outra casa. Diga que entende o quanto à pessoa é ocupada e o quanto responder um formulário pode ser cansativo, mas insista em esclarecer a importância do trabalho e de sua colaboração.

- **LEMBRE-SE:** Muitas recusas são **TEMPORÁRIAS**, ou seja, é uma questão de momento inadequado para o respondente. Possivelmente, em um outro momento a pessoa poderá responder ao formulário. Na primeira recusa, tente preencher os dados de identificação (sexo, idade, escolaridade, etc) com algum familiar.

- Em caso de recusa, anotar na folha de hipertensos, e passe a informação para o responsável pela pesquisa.

5.6 PACIENTE NÃO ENCONTRADO

- Em caso do paciente não ser encontrado, buscar informações com vizinhos sobre melhor horário de encontrá-lo, bem como um telefone (caso não haja na planilha) para um possível agendamento da entrevista.

5.7 ENTREVISTA/PERDA/EXLUSÃO

- Em todos os pacientes visitados, sendo ou não encontrados, aceitando ou não participar da entrevista e possuir ou não critérios para participar do estudo, deve-se anotar na planilha de hipertensos o desfecho do processo, ou seja, se houve entrevista e, se não houve, o motivo (perda ou exclusão). Também é necessário preencher o formulário, com os dados de identificação presentes na planilha ou alguma informação fornecida por algum morador, para todos pacientes que não forem entrevistados, e ao final anotar o motivo da não entrevista.

6. INSTRUÇÕES PARA O PREENCHIMENTO DOS FORMULÁRIOS

Os formulários devem ser preenchidos a **lápis** e com muita atenção, usando **borracha** para as devidas correções.

- As **letras** e **números** devem ser escritos de maneira **legível**, sem deixar margem para dúvidas. Os números devem seguir a padronização e deve-se usar letra de forma.

- Pessoas sem condições físicas ou mentais para responder o formulário são considerados como **exclusões** (não fazem parte do estudo). Na planilha dos hipertensos, colete todas as informações possíveis destas pessoas (nome, sexo, idade, etc) e escreva ao lado o motivo pelo qual não puderam ser entrevistados. Essas pessoas não podem ser confundidas com recusas ou perdas. Quando pessoas mudas quiserem responder ao formulário, leia as questões com as alternativas e peça para que o(a) entrevistado(a) aponte a resposta correta. **Contudo, se o acompanhante ou cuidador tiver condições de responder as questões no lugar da paciente impossibilitado de participar, incluí-lo no estudo.**

MUITO IMPORTANTE

- AS INSTRUÇÕES NOS FORMULÁRIOS QUE ESTIVEREM **EM CÉLULAS COM SOBREAMENTO ACINZENTADO** SERVEM APENAS PARA ORIENTAR O(A) ENTREVISTADOR(A), NÃO DEVENDO SER PERGUNTADAS PARA O ENTREVISTADO, ***SALVO AS QUESTÕES RELACIONADAS À VERIFICAÇÃO DA PRESSÃO ARTERIAL, FRQÜÊNCIA CARDÍACA E CINTURA/QUADRIL.***

- As alternativas de resposta somente devem ser lidas se estiverem em **NEGRITO**.

- **As questões precedidas pelo símbolo # poderão aceitar mais de uma resposta.**

- Caso o respondente não entenda a pergunta, explique a pergunta de uma segunda maneira, com o cuidado de não induzir a resposta. Em último caso, enunciar todas as opções, tendo o cuidado de não induzir a resposta.

- Quando em dúvida sobre a resposta ou a informação parecer pouco confiável, tentar esclarecer com o respondente, e se necessário, anote a resposta por extenso e apresente o problema ao responsável pela pesquisa.

- Caso a resposta seja “OUTRO”, especificar junto à questão, segundo as palavras do informante.

6.1. CODIFICAÇÃO DOS FORMULÁRIOS

- **A numeração do formulário é obtida através do número do hipertenso contido na lista fornecida ao entrevistador. Serão 3 números, e se o entrevistado possuir numeração inferior a 100, o número deverá ser precedido de 0 (zero). Exemplo: na planilha de hipertensos: Número 99, preencher o formulário 099; na planilha de hipertensos: Número 8, preencher 008.**

- Todas as respostas devem ser registradas no corpo do formulário.

- No final do dia de trabalho, aproveite para revisar seus formulários aplicados.

LEMBRE-SE:

Nunca deixe respostas em branco. Observe que as questões possíveis de não terem respostas específicas possuem as opções NÃO, NÃO REALIZA, NÃO LEMBRA, OUTRO, ETC.

7. INSTRUÇÕES ESPECÍFICAS POR BLOCOS

- **BLOCO 1:** Identificação
- **BLOCO 2:** Hipertensão
- **BLOCO 3:** Estilo de Vida
- **BLOCO 4:** Situação de Saúde Auto-Referida
- **BLOCO 5:** Acesso aos Serviços de Saúde
- **BLOCO 6:** Dados Sócio-Econômicos
- **BLOCO 7:** Classificação Econômica (ABEP – CCEB)
- **BLOCO 8:** Outros

7.1. BLOCO 1: IDENTIFICAÇÃO

PERGUNTA 1.1 Número: Anotar o número do hipertenso conforme planilha fornecida, seguindo as orientações anteriores.

PERGUNTA 1.2 Qual é o seu nome?

Anotar o nome completo do entrevistado.

PERGUNTA 1.3 Endereço:

Anotar o endereço completo, inclusive o número da residência e se é frente ou fundos, em situações específicas.

PERGUNTA 1.4 Entrevistador(a):

Completar com o nome do(a) entrevistador(a).

PERGUNTA 1.5 Telefone:

Anotar o número do telefone, mas caso o hipertenso resista a dizer o número, pode deixar esta pergunta em branco.

PERGUNTA 1.6 Gênero:

Apenas observe e anote.

PERGUNTA 1.7 Data de Nascimento?

Colocar dia, mês e ano (nesta ordem). Se o entrevistado não souber, peça para ver algum documento ou pergunte a uma outra pessoa da residência.

*** OBSERVAÇÃO: as informações anteriores possivelmente já estarão presentes na planilha fornecida, não sendo necessário realizar estas perguntas, salvo exceções.**

PERGUNTA 1.8 O(a) Sr(a) confirma ter pressão alta?

Esta é uma pergunta chave, pois provavelmente após as APRESENTAÇÕES e explicação do OBJETIVO DO ESTUDO, será a primeira pergunta feita ao entrevistado. Excepcionalmente no caso desta pergunta, procure fazê-la de maneira a propiciar um bom relacionamento com o hipertenso. **Exemplo: SEU JOÃO, o senhor tem pressão alta?**

Anote SIM ou NÃO. Caso a resposta seja negativa encerre a entrevista, pois um dos critérios de inclusão é ser hipertenso auto-referido.

PERGUNTA 1.9 Há quanto tempo tem pressão alta?

Responder em dias, meses ou anos, dependendo da resposta do entrevistado. Se a resposta for inferior a 6 meses encerre a entrevista, pois um dos critérios de inclusão é ser hipertenso a pelo menos 6 meses.

PERGUNTA 1.10 O(a) Sr(a), nos últimos 30 minutos:

Dê as respostas ao paciente a assinale aquela que ele afirmar ter realizado. Esta questão permite mais que uma resposta.
Caso a resposta seja afirmativa para qualquer das opções, efetuar a verificação da Pressão Arterial ao final da entrevista, bem como a segunda medida da Pressão Arterial, que deverá respeitar um intervalo de 1 minuto da primeira medida, e também a verificação da freqüência cardíaca.
Caso o paciente afirme não ter realizado qualquer das ações desta questão, faça a verificação da Pressão Arterial conforme disposto no formulário.

PERGUNTA 1.11 Primeira medida da pressão arterial?

Faça a verificação da pressão arterial conforme instruções em anexo e anote como centenas e não dezenas. **Exemplo: 160 x 80** e não **16 x 8**. Caso seja necessário, por impossibilidade do paciente, fazer a verificação com ele deitado, e assinalar a opção ao lado.

Na dúvida não esqueça→ Anote tudo

7.2. BLOCO 2: HIPERTENSÃO

PERGUNTA 2.1.1 ATUALMENTE, o(a) Sr(a) toma algum remédio para controlar a pressão?

Marque a resposta do entrevistado(a), observando que caso o paciente responder **NÃO, pule** para a questão 2.1.6.

PERGUNTA 2.1.2 Quais medicamentos usa e como o(a) Sr(a) toma?

Anote todos os medicamentos utilizados pelo paciente, tanto os medicamentos para hipertensão, como qualquer outro, desde que sejam medicamentos de uso contínuo. Solicite preferencialmente que o mostre a(s) caixa(s) ou bister(s)/cartela(s) de medicamentos utilizados ou mostre a receita médica com a qual pega ou compra os medicamentos. Apenas se ele insistir em responder ou estiver convicto de sua resposta, anote conforme as informações dadas por ele. Procure confirmar se a resposta está realmente correta. Anote o nome do medicamento (Nome Comercial ou genérico), a dose tomada (note que geralmente a dose tomada será a registrada na caixa do medicamento ou no blister, contudo, há pacientes que tomam apenas meio comprimido ou tomam dois de uma única vez; neste caso o entrevistador deverá dividir ou multiplicar a dose indicada), quantas vezes toma por dia e quantos dias da semana. **Exemplo: Nome Comercial ou genérico=Adalat ou Nifedipina; Quantidade = 10mg; Horário=3 vezes/dia e 7 dias/semana.**
OS MEDICAMENTOS MANIPULADOS TAMBÉM DEVERÃO SER CONSIDERADOS.
MEDICAMENTOS ASSOCIADOS (MAIS DE 1 PRINCÍPIO ATIVO) DEVERÃO SER LISTADOS PELO NOME COMERCIAL OU GENÉRICO, E NO CAMPO DOSE, A QUANTIDADE DE PRINCÍPIO ATIVO DE CADA COMPONENTE.

Existe a possibilidade do paciente referir ter parado de tomar um medicamento por conta própria. Neste caso, anote o nome e dosagem do medicamento, e em vezes/dia e dias/semana anote 0 (zero), anotando na frente ou verso do formulário a situação encontrada. No caso de medicamentos prescritos em dias alternados ou em dias específicos, fazer a anotação de dias/semana e também anotar no formulário o ocorrido.

A PARTIR DESTE MOMENTO, DEVE-SE APENAS COLETAR INFORMAÇÕES REFERENTES AOS MEDICAMENTOS ANTI-HIPERTENSIVOS

PERGUNTA 2.1.3 Costuma tomar os remédios para pressão alta sempre no mesmo horário?

Dê as opções ao entrevistado e anote a sua resposta.

PERGUNTA 2.1.4 O(a) Sr(a) foi orientado como devia tomar os remédios (por médico, enfermeira, farmacêutico ou outro profissional da saúde)?

Não dê as opções. Apenas anote conforme sua resposta.

PERGUNTA 2.1.5 O Sr(a) toma os remédios para pressão "todos os dias"? Ou às vezes deixa de tomá-los?

Não dê as opções. Apenas anote conforme sua resposta. Se ele não estiver convicto na resposta, assinale NÃO, às vezes deixa de tomá-los. **Se ele referir eventualmente não tomar, também considere a resposta como NÃO, às vezes deixa de tomá-los.**
Se a resposta for SIM **pule** para a questão 2.1.9.
Se a resposta for NÃO **pule** para a questão 2.1.8.

PERGUNTA 2.1.6 Por que não toma remédio para pressão alta?

Não dê as opções. Apenas anote conforme sua resposta. Qualquer que seja a resposta, sendo diferente de MÉDICO NÃO RECEITOU, assinale a opção PREFERE NÃO TOMAR. Em caso de resposta MÉDICO NÃO RECEITOU, **pule** para a questão 2.2.

PERGUNTA 2.1.7 Mas o(a) Sr(a) foi orientado a tomar remédios para pressão alta?

Não dê as opções. Apenas anote conforme sua resposta.

PERGUNTA 2.1.8 Por que prefere não tomar ou não os utiliza diariamente?

Não dê as opções. Apenas anote conforme sua resposta. Esta questão admite mais de uma resposta.

Para não haver necessidade de procurar entre as opções e assinalar a resposta dada pelo paciente, você deverá escrever por extenso a resposta dada no quadro ao lado e depois, quando tiver disponibilidade, assinalar a resposta.

CASO O PACIENTE TENHA RESPONDIDO NA QUESTÃO 2.1.6 PREFERE NÃO TOMAR, VÁ PARA A QUESTÃO 2.1.13

PERGUNTA 2.1.9 Onde o Sr(a) consegue seus medicamentos para pressão alta?

Leia todas as opções para o entrevistado e assinale aquela que ele falar. Se ele citar um local que não consta nas respostas, assinale OUTRO e anote o local. Se a resposta **não referir UBS, Posto de Saúde ou Postinho**, **pule** para a questão 2.1.12.

PERGUNTA 2.1.10 Sempre têm estes remédios no Posto de Saúde?

Não dê as opções. Apenas anote conforme sua resposta. Se a resposta for SIM, **pule** para a questão 2.1.13.

PERGUNTA 2.1.11 Quando não têm no POSTO DE SAÚDE ou têm apenas ÀS VEZES, o que você faz?

Não dê as opções. Apenas anote conforme sua resposta.

PERGUNTA 2.1.12 Qual seu gasto mensal com remédios para pressão alta?

Anote conforme sua resposta, de forma legível.

PERGUNTA 2.1.13 Já teve algum problema ou desconforto que acha que foi devido aos remédios da pressão?

Não dê as opções. Apenas anote conforme sua resposta. Se a resposta for NÃO ou NÃO LEMBRA, pule para a questão 2.2.15.

PERGUNTA 2.1.14 Quais foram estes problemas ou desconfortos?

Não dê as opções. Apenas anote conforme sua resposta. Esta questão admite mais de uma resposta.

PERGUNTA 2.1.15 Alguém de sua família ou amigo orienta/acompanha/incentiva o uso dos remédios para pressão alta?

Não dê as opções. Apenas anote conforme sua resposta.

PERGUNTA 2.2.1 Normalmente, o(a) Sr(a) "mede" a pressão, para ver como ela está, de quanto em quanto tempo?

Não dê as opções. Apenas anote conforme sua resposta.

Caso o paciente refira verificar a pressão com intervalos diferentes, dependendo da sua situação de saúde, fazer a pergunta 2.2.2**, caso contrário, pule para a questão <u>2.2.3</u>**

PERGUNTA 2.2.2 Quando o Sr(a) não se sente bem, ou acha que a pressão pode estar alta, de quanto em quanto tempo a "mede"?

Não dê as opções. Apenas anote conforme sua resposta.

PERGUNTA 2.2.3 Costuma consultar com médicos para controle da pressão alta, de quanto em quanto tempo?

Anote conforme sua resposta, de forma legível. Se a resposta for NUNCA, **pule** para a questão 2.2.5.

PERGUNTA 2.2.4 As consultas que realiza para controle da pressão alta são, na maioria das vezes?

Leia todas as opções para o entrevistado e assinale aquela que ele falar.

PERGUNTA 2.2.5 Já ficou internado ou teve que ir ao pronto-socorro ou ao PAM devido a algum problema de pressão alta?

Não dê as opções. Apenas anote conforme sua resposta. Se a resposta for NÃO ou NÃO LEMBRA, **pule** para a questão 2.2.7.

PERGUNTA 2.2.6 Quando ocorreu?

Anote há quanto tempo o paciente foi internado ou procurou o Pronto Socorro ou Pronto Atendimento, respondendo em dias, meses ou anos. **Anote quando foi a última ocorrência que o levou a estes serviços.**

PERGUNTA 2.2.7 Já participou ou participa de palestras, cursos ou grupos de hipertensão?

Não dê as opções. Apenas anote conforme sua resposta.

PERGUNTA 2.3.1 Está fazendo alguma Atividade Física para ajudar no controle da Pressão?

Não dê as opções. Apenas anote conforme sua resposta. Mesmo que a resposta seja ÀS VEZES ou com baixa freqüência, assinale **SIM.**

PERGUNTA 2.3.2 Realiza qual destas atividades físicas? E com qual freqüência?

Leia todas as opções para o entrevistado e assinale aquela que ele falar. Solicite a freqüência de atividade (assinale ÀS VEZES se o paciente disser que realiza sem uma freqüência fixa, ou seja, uma semana sim e outra não, por exemplo) e também durante quanto tempo realiza cada seção de atividade (**Exemplo:** 30 min). Pergunte ao paciente se ele realiza outra atividade que não as listadas, e se isso ocorrer, escreva em OUTRAS. Caso ele(a) diga que não realiza atividade física, assinale a opção NÃO REALIZA. Esta questão admite mais de uma resposta.
Mesmo o paciente dizendo que NÃO realiza Atividade Física para ajudar no controle da Pressão, pergunte ao paciente se ele realiza qualquer das atividades listadas.

PERGUNTA 2.4.1 Está fazendo alguma Dieta ou Cuidado com a Alimentação para ajudar no controle da Pressão?

Não dê as opções. Apenas anote conforme sua resposta. Mesmo que a resposta seja ÀS VEZES ou com baixa freqüência, assinale **SIM.**

PERGUNTA 2.4.2 Que tipo de modificação ou cuidado com a alimentação faz para controlar a pressão?

Não dê as opções. Apenas anote conforme sua resposta. Esta questão admite mais de uma resposta.

Na dúvida não esqueça→ Anote tudo

7.3. BLOCO 3: ESTILO DE VIDA

PERGUNTA 3.1 O(a) Sr(a) fuma ou já fumou?

Não dê as opções. Apenas anote conforme sua resposta. Se a resposta for NÃO, pule para a questão 3.2; e se for JÁ FUMEI, **pule** para a questão 3.1.3.

PERGUNTA 3.1.1 Quantos cigarros por dia?

Anote por extenso o número de cigarros fumados por dia, de forma legível. Se o entrevistado dizer que fuma números variados, procure anotar o número máximo de cigarros por dia que ele falar.

PERGUNTA 3.1.2 Fuma há quanto tempo?

Anote por extenso há quanto tempo ele fuma, em dias, meses ou anos, de forma legível. Após fazer esta pergunta **pule** para a questão 3.2

PERGUNTA 3.1.3 Há quanto tempo parou?

Anote por extenso há quanto tempo o entrevistado parou de fumar, em dias meses ou anos, de forma legível.

PERGUNTA 3.2 Costuma ingerir bebidas alcoólicas?

Não dê as opções. Apenas anote conforme sua resposta. Se a resposta for às vezes, assinale a opção SIM. Se a resposta for NÃO, **pule** para a questão 3.3.

PERGUNTA 3.2.1 Se SIM, com qual freqüência?

Não dê as opções. Apenas anote conforme sua resposta. Se a resposta for às vezes ou com uma freqüência muito pequena, assinale a opção EVENTUALMENTE.

PERGUNTA 3.2.2 Que tipo de bebida alcoólica?

Leia uma opção de cada vez ao paciente e assinale todas que ele afirmar ingerir. Esta questão admite mais de uma resposta.

PERGUNTA 3.3 QUANTAS VEZES NA SEMANA INGERE ALIMENTOS EMBUTIDOS (salsicha, lingüiça, salame, mortadela)?

Não dê as opções. Apenas anote conforme sua resposta.

PERGUNTA 3.4 QUANTAS VEZES NA SEMANA INGERE ALIMENTOS ENLATADOS e CONSERVAS (ervilha, milho verde, palmito, azeitonas)?

Não dê as opções. Apenas anote conforme sua resposta.

PERGUNTA 3.5 QUANTAS VEZES NA SEMANA UTILIZA TEMPEROS INDUSTRIALIZADOS (tempero pronto, sazon, caldo de galinha ou carne, etc) NO PREPARO DOS ALIMENTOS?

Não dê as opções. Apenas anote conforme sua resposta.

PERGUNTA 3.6 Segunda medida da pressão arterial:

Faça a verificação da pressão arterial conforme instruções em anexo e anote como centenas e não dezenas. **Exemplo: 160 x 80** e não **16 x 8**.

PERGUNTA 3.7 Freqüência Cardíaca:

Efetuar a contagem dos batimentos cardíacos conforme orientações durante o tempo de 15 segundos e anotar de forma legível. **Lembre-se:** anote apenas o número de batimentos em 15 segundos. Não há necessidade de calcular o número de batimentos em 1 minuto.

OBS.: Caso o paciente tenha referido fumar, ingerir álcool/café ou realizar exercícios físicos na Questão 1.10, faça a verificação da Segunda medida da PA e Freqüência Cardíaca ao FINAL DA ENTREVISTA.

Na dúvida não esqueça→ Anote tudo

7.4. BLOCO 4: SITUAÇÃO DE SAÚDE AUTO-REFERIDA

PERGUNTA 4.1 O(a) Sr(a) possui Diabetes?

Não dê as opções. Apenas anote conforme sua resposta.

PERGUNTA 4.2 Tem Asma/Bronquite?

Não dê as opções. Apenas anote conforme sua resposta.

PERGUNTA 4.3 Tem Doença Renal?

Não dê as opções. Apenas anote conforme sua resposta.

PERGUNTA 4.4 Tem Doença do Coração?

Não dê as opções. Apenas anote conforme sua resposta.

PERGUNTA 4.5 Tem Depressão?

Não dê as opções. Apenas anote conforme sua resposta.

PERGUNTA 4.6 Tem inchaço ou dores nas pernas?

Não dê as opções. Apenas anote conforme sua resposta.

PERGUNTA 4.7 Tem colesterol alto?

Não dê as opções. Apenas anote conforme sua resposta.

PERGUNTA 4.8 O(a) Sr(a) já teve infarto?

Não dê as opções. Apenas anote conforme sua resposta.

PERGUNTA 4.9 O(a) Sr(a) já teve AVC?

Não dê as opções. Apenas anote conforme sua resposta.

PERGUNTA 4.10 – APENAS PARA O SEXO FEMININO

PERGUNTA 4.10 Faz uso de anticoncepcional hormonal ou reposição hormonal?

Não dê as opções. Apenas anote conforme sua resposta. Adesivos, implantes, produtos injetáveis devem ser considerados. Não considere produtos a base de SOJA, como a **Isoflavona.**

PERGUNTA 4.11 Na Família (pais e irmãos), já houve casos de?

Considerar apenas homens com menos de 55 anos e mulheres com menos de 65 anos para INFARTO e AVC. No caso de PRESSÃO ALTA e DIABETES, considerar qualquer idade dos familiares. Faça as perguntas por DOENÇA, ou seja, primeiro os parentes que têm ou tiveram Pressão Alta, seguido de Diabetes, Infarto e AVC.

Na dúvida não esqueça→ Anote tudo

7.5. BLOCO 5: ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE

PERGUNTA 5.1 Possui plano de saúde?

Não dê as opções. Apenas anote conforme sua resposta. Considere **SIM** convênios com empresas ou planos os quais o paciente tem que pagar uma parte da consulta ou exame.

PERGUNTA 5.2 Utiliza o posto de saúde?

Leia todas as opções para o entrevistado e assinale aquela que ele falar. Se a resposta for NÃO, pule para a questão 5.3. Esta questão admite mais de uma resposta.

PERGUNTA 5.2.1 Como considera o atendimento?

Leia todas as opções para o entrevistado e assinale aquela que ele falar.

PERGUNTA 5.2.2 Tem facilidade para marcar consultas?

Leia todas as opções para o entrevistado e assinale aquela que ele falar.

PERGUNTA 5.2.3 Tem facilidade para obter medicamentos?

Leia todas as opções para o entrevistado e assinale aquela que ele falar.

PERGUNTA 5.3 O(a) Sr(a) recebe visitas das equipes do posto de saúde?

Não dê as opções. Apenas anote conforme sua resposta. Se a resposta for às vezes, assinale a opção SIM.

Na dúvida não esqueça→ Anote tudo

7.6. BLOCO 6: DADOS SÓCIO-ECONÔMICOS E DEMOGRÁFICOS

PERGUNTA 6.1 Estado civil?

Não dê as opções. Apenas anote conforme sua resposta. Considere UNIÃO CONSENSUAL o indivíduo que diz morar com alguém maritalmente, porém sem oficializar o relacionamento.

PERGUNTA 6.2 Raça/Cor?

Perguntar ao entrevistado como ele considera sua COR. Leia todas as opções para o entrevistado e assinale aquela que ele falar. Esta pergunta pode ser feita da seguinte maneira: **O(a) Sr(a) classificaria sua cor ou raça como:** e dê as opções contidas no formulário.

PERGUNTA 6.3 Escolaridade?

Anote a última série de estudo e na frente codifique da seguinte maneira:

- Analfabeto
- Primário Incompleto
- Primário Completo
- 1º Grau Incompleto
- 1º Grau Completo
- 2º Grau Incompleto
- 2º Grau Completo
- Superior Incompleto
- Superior Completo

Se o entrevistado dizer que lê e escreve sem problemas, mas que a alfabetização foi feita por alguém que não a ESCOLA, considere esta pessoa ANALFABETA.

PERGUNTA 6.4 Situação de Trabalho?

Leia todas as opções para o entrevistado e assinale aquela que ele falar. Se a resposta **NÃO** for TRABALHO DOMÉSTICO, **pule** para a questão 6.6. Esta questão admite mais de uma resposta.

PERGUNTA 6.5 Que tipo de trabalho doméstico realiza?

Não dê as opções. Apenas anote conforme sua resposta. Esta questão admite mais de uma resposta.

PERGUNTA 6.6 Renda Familiar?

Anote de acordo com o valor que o paciente referir.

PERGUNTA 6.7 Tipo de Residência?

Leia todas as opções para o entrevistado e assinale aquela que ele falar. Este questão poderá ser verificada pelo próprio entrevistador.

PERGUNTA 6.8 Tipo de instalação sanitária?

Leia todas as opções para o entrevistado e assinale aquela que ele falar.

PERGUNTA 6.9 Destino do lixo?

Leia todas as opções para o entrevistado e assinale aquela que ele falar.

PERGUNTA 6.10 Abastecimento de água?

Leia todas as opções para o entrevistado e assinale aquela que ele falar.

Na dúvida não esqueça→ Anote tudo

7.7. BLOCO 7: CLASSIFICAÇÃO ECONÔMICA (ABEP – CCEB)

Antes de entrar nas perguntas deste bloco, explique ao entrevistado(a) que o objetivo é apenas categorizar as pessoas de acordo com o nível econômico para verificar se há alguma influência nos resultados do estudo. É bom reforçar que os dados são sigilosos.

Na sua casa, o(a) Sr(a) tem _____________? Quantos(as)?
TELEVISÃO EM CORES?
RÁDIO?
BANHEIRO?
AUTOMÓVEL?
EMPREGADA MENSALISTA?
ASPIRADOR DE PÓ?
MÁQUINA DE LAVAR ROUPA?
VÍDEOCASSETE OU DVD?
GELADEIRA?
FREEZER OU GELADEIRA DUPLEX?

Verificar a quantidade dos bens constantes na lista e a situação da escolaridade do chefe da família e circular o valor constante. Fazer, posteriormente, o somatório e verificar a classe econômica daquela pessoa.

BEM	**Instruções**
Televisor	Considerar apenas as **TV em cores**. Televisores de uso de empregados domésticos (declaração espontânea) só devem ser considerados caso tenha(m) sido adquirido(s) pela família empregadora.
Rádio	Considerar qualquer tipo de rádio no domicílio, mesmo que esteja incorporado a outro equipamento de som ou televisor. Rádios tipo walkman, conjunto 3 em 1 ou microsystems devem ser considerados, desde que possam sintonizar as emissoras de rádio convencionais. **Não pode** ser considerado o rádio de automóvel.
Banheiro	O que define o banheiro é a **existência de vaso sanitário**. Considerar todos os banheiros e lavabos com vaso sanitário, incluindo os de empregada, os localizados fora de casa e os da(s) suíte(s). Para ser considerado, o banheiro tem que **ser privativo do domicílio**. Banheiros coletivos (que servem a mais de uma habitação) não devem ser considerados.
Automóvel	**Não considerar** táxis, vans ou pick-ups usados para fretes, ou qualquer veículo usado para atividades profissionais. Veículos de uso misto (lazer e profissional) não devem ser considerados.

Empregada(a) doméstica(o)	Considerar apenas os **empregados mensalistas**, isto é, aqueles que trabalham pelo menos 5 dias por semana, durmam ou não no emprego. Não esquecer de incluir **babás, motoristas, cozinheiras, copeiras, arrumadeiras**, considerando sempre os mensalistas.
Aspirador de pó	Considerar mesmo que seja portátil e também máquina de limpar a vapor (Vaporetto).
Máquina de lavar	Perguntar sobre máquina de lavar roupa, mas quando mencionado espontaneamente o tanquinho deve ser considerado.
Vídeo ou DVD	Verificar presença de qualquer tipo de vídeo cassete ou aparelho de DVD.
Geladeira e freezer	No quadro de pontuação há duas linhas independentes para assinalar a posse de geladeira e freezer respectivamente. A pontuação, entretanto, não é totalmente independente, pois uma geladeira duplex (de duas portas), vale tantos pontos quanto uma geladeira simples (uma porta) mais um freezer.

As possibilidade são:	
Não possui geladeira nem freezer	0 ponto
Possui geladeira simples (não duplex) e não possui freezer	2 pontos
Possui geladeira de duas portas e não possui freezer	3 pontos
Possui geladeira de duas portas e freezer	3 pontos
Possui freezer mas não geladeira (caso raro mas aceitável)	1 ponto

Em todos os casos de bens, considerar os seguintes casos:

- Bem alugado em caráter permanente
- Bem emprestado de outro domicílio há mais de 6 meses
- Bem quebrado há menos de 6 meses

Não considerar os seguintes casos:

- Bem emprestado para outro domicílio há mais de 6 meses
- Bem quebrado há mais de 6 meses
- Bem alugado em caráter eventual
- Bem de propriedade de empregados ou pensionistas

GRAU DE INSTRUÇÃO DO CHEFE DA FAMÍLIA?

A definição de chefe de família será feita pelo próprio entrevistado, geralmente se considerando o esposo ou, na falta deste, o filho mais velho. Por escolaridade, entende-se o número de anos completos com sucesso na escola. Em casas ou apartamentos onde moram somente estudantes o chefe do domicilio será aquele que possui maior renda (maior mesada).

Classes econômicas segundo pontuações (ABEP)

CORTES DO CRITÉRIO BRASIL		
Classe	**PONTOS**	**TOTAL BRASIL (%)**
A1	30-34	1
A2	25-29	5
B1	21-24	9
B2	17-20	14
C	11-16	36
D	6-10	31
E	0-5	4

7.8. BLOCO 8: OUTROS

PERGUNTA 8.1 Qual o seu PESO?

Anote o valor conforme sua resposta, de forma legível.

PERGUNTA 8.2 Qual a sua ALTURA?

Anote o valor conforme sua resposta, de forma legível.

PERGUNTA 8.3 O Sr(a) conhece os problemas que a pressão alta pode causar?

Não dê as opções. Apenas anote conforme sua resposta. Se a resposta for Não, **pule** para a questão 8.5.

PERGUNTA 8.4 Qual(is)?

Anote por extenso as complicações que o paciente relatar que são devidas à pressão alta.

PERGUNTA 8.5 Durante a greve dos funcionários do Posto de Saúde (ano passado), teve alguma dificuldade no controle da pressão?

Leia todas as opções para o entrevistado e assinale aquela que ele falar. Pergunte a ele se houve alguma outra dificuldade e anote em outro, se necessário. Esta questão admite mais de uma resposta.

PERGUNTA 8.6 CINTURA?

Utilize as técnicas antropométricas para verificar a cintura.

PERGUNTA 8.7 QUADRIL?

Utilize as técnicas antropométricas para verificar o quadril.

No caso da medida do QUADRIL, anotar na frente ou no verso do formulário se o paciente possui alguma roupa que interfira na medida, como, por exemplo, o JEANS.

Data da entrevista – Colocar a data em que a entrevista está sendo realizada, especificando dia/mês/ano. Caso o paciente não seja encontrado, anotar também o horário e dia da semana, bem como o motivo do entrevistado não ser encontrado. Nos casos de dias e meses com apenas um dígito, colocar um **zero** na frente.

No caso de perda ou exclusão, anote o motivo, conforme quadro ao final do formulário.

REFERÊNCIAS (Manual de Instruções)

BATES, B. **Propedêutica Médica.** 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998. 692p.

GUEDES, D.P.; GUEDES, J.E.R.P. **Controle do peso corporal:** composição corporal, atividade física e nutrição. 2. ed. Rio de Janeiro: Shape, 2003, p.99-117.

SOCIDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. **Arq. bras. cardiol.**, São Paulo, v.89, n.3, p.e24-e79, set. 2007.

UNIFESP. UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO. Curso de Atualização em Nutrição Clínica. **Nutrição na obesidade. Antropometria.** Disponível em: <www.virtual.unifesp.br/cursos/nutricli/download/antropometria.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2006.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS. Faculdade de Medicina. Departamento de Medicina Social. Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. **Manual de instruções.** Mestrado em Epidemiologia 2005-2006. Pelotas, RS, out. 2005. 37p.

ANEXOS

Manual de Instruções

PROCEDIMENTO DE MEDIDA DA PRESSÃO ARTERIAL

Preparo do paciente para a medida da pressão arterial
1. Explicar o procedimento ao paciente
2. Repouso de pelo menos 5 minutos em ambiente calmo
3. Evitar bexiga cheia
4. Não praticar exercícios físicos 60 a 90 minutos antes
5. Não ingerir bebidas alcoólicas, café ou alimentos e não fumar 30 minutos antes
6. Manter pernas descruzadas, pés apoiados no chão, dorso recostado na cadeira e relaxado
7. Remover roupas do braço no qual será colocado o manguito
8. Posicionar o braço na altura do coração (nível do ponto médio do esterno ou 4° espaço intercostal), apoiado, com a palma da mão voltada para cima e o cotovelo ligeiramente fletido
9. Solicitar para que não fale durante a medida
Procedimento de medida da pressão arterial
1. Medir a circunferência do braço do paciente
2. Selecionar o manguito de tamanho adequado ao braço
3. Colocar o manguito sem deixar folgas acima da fossa cubital, cerca de 2 a 3 cm
4. Centralizar o meio da parte compressiva do manguito sobre a artéria braquial
5. Estimar o nível da pressão sistólica (palpar o pulso radial e inflar o manguito até seu desaparecimento, desinflar rapidamente e aguardar 1 minuto antes da medida)
6. Palpar a artéria braquial na fossa cubital e colocar a campânula do estetoscópio sem compressão excessiva
7. Inflar rapidamente até ultrapassar 20 a 30 mmHg o nível estimado da pressão sistólica
8. Proceder à deflação lentamente (velocidade de 2 a 4 mmHg por segundo)
9. Determinar a pressão sistólica na ausculta do primeiro som (fase I de Korotkoff), que é um som fraco seguido de batidas regulares, e, após, aumentar ligeiramente a velocidade de deflação

10. Determinar a pressão diastólica no desaparecimento do som (fase V de Korotkoff)

11. Auscultar cerca de 20 a 30 mmHg abaixo do último som para confirmar seu desaparecimento e depois proceder à deflação rápida e completa

12. Se os batimentos persistirem até o nível zero, determinar a pressão diastólica no abafamento dos sons (fase IV de Korotkoff)

13. Esperar 1 a 2 minutos antes de novas medidas

14. Informar os valores de pressão arterial obtidos para o paciente

15. Anotar os valores

Fonte: SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2007.

MEDIDA DA CINTURA E QUADRIL

Para as medidas de circunferências, é empregada fita antropométrica flexível que permita aplicar pressão constante sobre a superfície da pele durante toda a medição. A circunferência da cintura (Figura 1) é determinada no plano horizontal, no ponto coincidente com a distância média entre a última costela e a crista-ilíaca. A medida é obtida ao final de uma expiração normal, sem compressão da pele. A circunferência do quadril (Figura 2) é também determinada no plano horizontal, no nível de maior protuberância posterior dos glúteos. Em ambas as medidas de circunferências, o avaliador deverá postar-se à frente do avaliada (GUEDES; GUEDES, 2003).

Figura 1: Circunferência da cintura (UNIFESP, 2006)

Figura 2: Circunferência do quadril (UNIFESP, 2006)

MEDIDA DA PULSAÇÃO

A medida da freqüência cardíaca (FC) ou pulsação deverá ser feita preferencialmente na artéria radial (Figura 3), colocando-se os dedos indicador e médio sobre a artéria radial e verificando as batidas do coração durante 15 segundos. Em caso de necessidade, esta medida poderá ser realizada na artéria carótida, posicionando os dedos abaixo do osso maxilar na região da garganta (BATES, 1998).

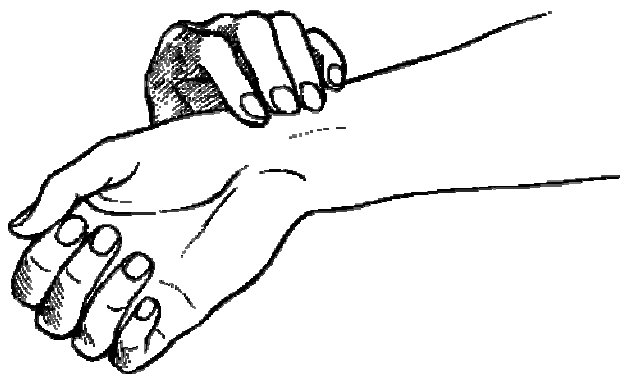



Figura 3: Verificação da FC – Artéria radial

APÊNDICE C – Carta de Apresentação

Londrina, 15 de Janeiro de 2007.

CARTA DE APRESENTAÇÃO

Prezado(a) Senhor(a):

Vimos por meio desta informar que o aluno ____________________________________, portador do Documento de Identidade – RG nº. _______________________, está atuando como entrevistador no projeto intitulado: ***"Adesão ao tratamento anti-hipertensivo e fatores associados na área de abrangência de unidade básica de saúde de Londrina, Paraná"***, e coletará informações sobre sua situação de saúde, dados sócio-demográficos e econômicos, efetuará a verificação da sua pressão arterial e freqüência cardíaca, e fará a medida de sua cintura e quadril.

O entrevistador compromete-se em não colocar o(a) senhor(a) em risco, preservando a moral, sua dignidade e saúde física e mental.

Agradecemos antecipadamente, e nos colocamos a disposição para eventuais dúvidas.

Atenciosamente,

____

Profº Dr. Darli Antonio Soares
COORDENADOR DO MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA

LONDRINA – PARANÁ – BRASIL

APÊNDICE D - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

A. Informações sobre a Pesquisa:

Você está convidado(a) a participar, como voluntário(a), da pesquisa intitulada: ***"ADESÃO AO TRATAMENTO ANTI-HIPERTENSIVO E FATORES ASSOCIADOS NA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DE UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DE LONDRINA, PARANÁ"***, que tem por objetivo determinar à adesão ao tratamento anti-hipertensivo e identificar os fatores associados à não-adesão na população hipertensa da Unidade Básica de Saúde (UBS) Vila Ricardo, no Município de Londrina, Paraná. Você será esclarecido(a) sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar. Sua participação não é obrigatória e, a qualquer momento, você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento, sem que isso acarrete qualquer penalidade.

B. Procedimentos do Estudo:

Os procedimentos da pesquisa envolvem perguntas sobre a sua situação de saúde, em especial a hipertensão, sua alimentação, seu dia-a-dia, a utilização de medicamentos, e sobre alguns bens presentes em sua casa, além da verificação da sua freqüência cardíaca, pressão arterial e medidas de cintura e quadril.

As entrevistas serão realizadas por indivíduos devidamente treinados, ou por um Farmacêutico/Bioquímico.

Daremos as devidas informações quanto à importância do controle e tratamento da hipertensão arterial, e para aqueles que não realizam o controle da mesma, orientaremos a procura da UBS ou de um serviço médico para o devido acompanhamento.

C. Confidencialidade da Pesquisa:

As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação. Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação.

A participação no estudo não acarretará custos para você e não haverá nenhuma compensação financeira adicional.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

O principal investigador é o Sr. **Edmarlon Girotto**, que pode ser encontrado no endereço: **Rua Robert Kock, 60** – Vila Operária – C.E.P.: 86038-440 – Londrina – PR, telefone(s): **(43)3337-5115** ou **(43)9933-4193**. Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Londrina.

D. Consentimento Informado:

Eu, ____, declaro que li as informações contidas neste documento, fui devidamente informado(a) pelo(s) pesquisador(es) dos objetivos e procedimentos da pesquisa de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Concordo em participar voluntariamente desse estudo sendo que poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízos ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no meu atendimento neste serviço.

Londrina, _____ de ____________________ de 20____.

____
Assinatura do Sujeito da Pesquisa

____	____
NOME DO PESQUISADOR	ASSINATURA DO PESQUISADOR

APÊNDICE E – Folheto Educativo

Dicas para uso dos Remédios

✓ **Associe o horário de tomar os remédios com atividades como refeições, ir dormir ou acordar**

✓ **Mantenha os remédios em locais visíveis, próximos da geladeira ou da televisão, porém longe do alcance das crianças**

✓ **Não corra o risco de ficar sem os remédios, providenciando nova caixa antes que acabem**

✓ **Peça a familiares que o ajudem a lembrar os horários de tomar os remédios**

✓ **Nunca interrompa o tratamento por conta própria, seja porque o remédio acabou, porque a pressão está controlada ou porque vai viajar**

✓ **Caso sinta algo diferente com o uso dos remédios, consulte o médico**

Todas as pessoas, mesmo que não sintam nada, devem verificar a pressão com seu médico pelo menos uma vez por ano.

FONTE

Elaborado por:

EDMARLON GIROTTO

Mestrando em Saúde Coletiva

Universidade Estadual de Londrina

HIPERTENSÃO

ou

Pressão Alta

Para adultos, considera-se pressões normais abaixo de 130 mmHg de máxima e 85 mmHg de mínima.

Pressões de 140/90 mmHg ou superiores são consideradas elevadas e constituem a "Hipertensão Arterial" ou "Pressão Alta".

Principais Complicações da Pressão Alta

- Infarto
- Insuficiência Cardíaca
- Arritmia
- AVC
- Insuficiência Renal
- Diminuição da Visão
- Lesões nas Artérias

EVITE

FALTA DE EXERCÍCIOS

TABAGISMO

EXCESSO DE PESO

BEBIDAS ALCOÓLICAS

EXCESSO DE SAL

RECOMENDAÇÕES

- ✓ Realize 30 minutos de atividades físicas (caminhada, corrida, dança) em pelo menos 3 dias da semana
- ✓ Diminua ou abandone o consumo de bebidas alcoólicas
- ✓ Não fume
- ✓ Consuma frutas, verduras, alimentos integrais e leite desnatado
- ✓ Reduza o consumo de sal
- ✓ Evite alimentos embutidos como salsicha, mortadela, lingüiça, presunto e salame
- ✓ Evite conservas como azeitona, palmito e enlatados como milho, ervilha e maionese
- ✓ Evite temperos industrializados como *Ketchup*, tempero pronto, caldo de carne e galinha

ANEXOS

ANEXO A – Autorização da Unidade de Saúde da Família

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Unidade Básica de Saúde Vila Ricardo

Londrina, 21 de setembro de 2006.

Senhor Mestrando:

Em atenção à solicitação de Vossa Senhoria datada de 18 de setembro de 2006, sobre a realização da pesquisa intitulada: ***"ADESÃO AO TRATAMENTO ANTI-HIPERTENSIVO E FATORES ASSOCIADOS NA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DE UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DE LONDRINA-PR"***, que visa determinar a prevalência da adesão ao tratamento anti-hipertensivo, bem como identificar os possíveis fatores associados à não adesão. Informamos que autorizamos a realização do estudo e colaboraremos com informações e dados que sejam pertinentes para subsidiar a dissertação de Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina.

Sem mais para o momento, despedimo-nos.

Atenciosamente,

Maria Carla V. Pinho
Gerente Geral da UBS Vila Ricardo

Ao Senhor
Edmarlon Girotto
Mestrando
Mestrado em Saúde Coletiva – UEL
Londrina – Paraná

ANEXO B – Autorização da Autarquia Municipal de Saúde

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE LONDRINA
AUTARQUIA MUNICIPAL DE SAÚDE
ESTADO DO PARANÁ

C.P. 002/06/Gecapi

Informamos para fins de realização da pesquisa: **"ADESÃO AO TRATAMENTO ANTI-HIPERTENSIVO E FATORES ASSOCIADOS NA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DE UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DE LONDRINA , PARANÁ"** na área de abrangência da Unidade de Saúde Vila Ricardo da Autarquia Municipal de Saúde de Londrina, pelo aluno Edmarlon Girotto do curso de Mestrado em Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual de Londrina, para obtenção do título de Mestre, sob a orientação da Profª. Dra. Selma Maffei de Andrade, que por tratar-se de pesquisa com seres humanos, deverá seguir as orientações da Res. CNS 196/96 e está autorizada, sua execução nesta Autarquia, de acordo com o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina nº 286, datado em 30 de outubro de 2006.

Londrina, 09 de novembro de 2006

Rosária Mestre Marques [illegible]
Coord. de Estágio/Educação Permanente
Gerência de Capacitação de Pessoas
DGP/AMS/PML

ANEXO C – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS

Parecer nº 286/06 CAAE Nº 0216.0.268.000-06 FOLHA DE ROSTO Nº 108110	Londrina, 30 de outubro de 2006.

PESQUISADOR(A): EDMARLON GIROTTO

Ilmo(a) Sr(a),

O Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina – CEP – UEL – de acordo com as orientações da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/MS, APROVA a realização do projeto: **"ADESÃO AO TRATAMENTO ANTI-HIPERTENSIVO E FATORES ASSOCIADOS NA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DE UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DE LONDRINA, PARANÁ".**

Informamos o(a) Sr(a). deverá comunicar, por escrito, qualquer modificação que ocorra no desenvolvimento da pesquisa e deverá ser apresentado ao CEP/UEL relatório final da pesquisa.

Situação do Projeto: **APROVADO**

Atenciosamente,

Profª. Dra. Nilza Maria Diniz
Comitê de Ética em Pesquisa
Coordenadora